



Université Abderrahmane MIRA

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

**Mémoire de fin d'étude en vue d'obtention du diplôme**

**Master II en psychologie**

**Option : psychologie clinique**

**THÈME :**

**Le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie paranoïde**

**Etude de quatre cas cliniques au service de psychiatrie de Bejaïa**

Réalisé par :

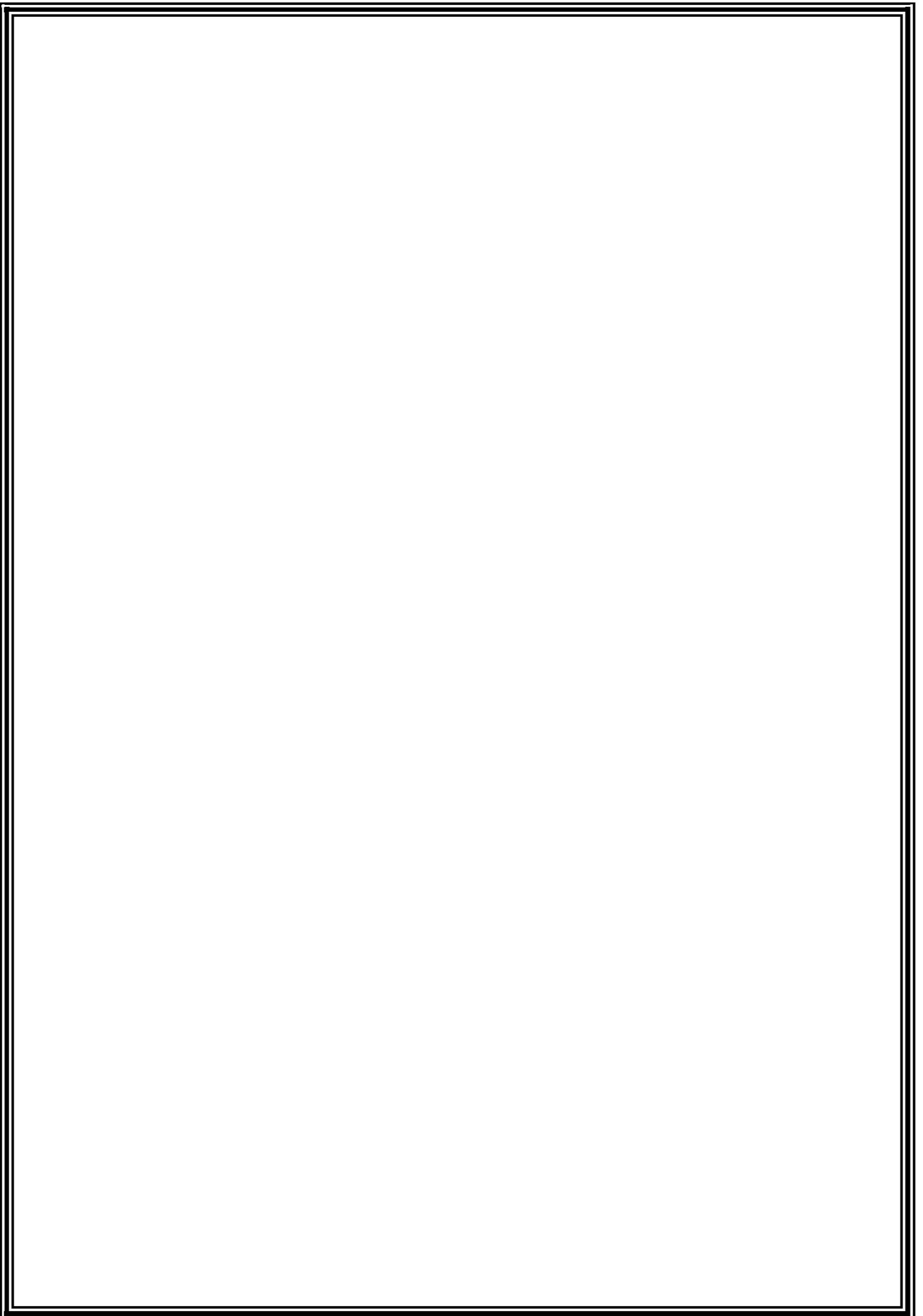
AMIROUCHE Tiziri

YAHIAOUI Chahinaz

Sous la direction de :

Mr. FERGANI Louhab

Année universitaire 2014 / 2015



## ***Remerciements***

*Nous tenons, à adresser nos vifs et profonds remerciements à nos parents pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de notre cursus universitaire.*

*Nous tenons, également à remercier notre promoteur, **Mr. FERGANI Louhab**, qui nous a encadrés tout au long de la réalisation de ce travail, avec tant de patience et de pédagogie. Pour ses conseils et ses orientations.*

*Nous tenons à remercier également l'ensemble des enseignants pour toute aide et conseils qu'ils ont pu nous prodiguer, l'équipe soignante et tous ceux qui nous ont soutenus pour mener à bien ce travail.*

*Merci aux membres de jury.*

***Amirouche Tiziri***

***Yahiaoui Chahinaz***

## *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail :*

*À mes parents : en leur témoignant ma profonde affection.*

*Qu'ils sachent que ce travail est en partie le fruit de leurs soutiens et de leurs encouragements sans cesse. Je leur suis très reconnaissante. Leur fierté à mon égard aujourd'hui est pour moi la meilleure des récompenses.*

*À mes sœurs: Dihia et Tinhinane*

*A mon mari et à ma belle famille*

*A mon cousin Yazid*

*A mes cousines : Hania, Mouma, Yasmine, Lynda*

*A ma binôme : Chahinaz*

*À tous mes amies*

*Amirouche Tiziri.*

## *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail :*

*A la mémoire de mon cher père « Hamid » qui a quitté la vie  
en juillet 2014*

*À ma très chère mère : « Djamila » en leur témoignant ma  
profonde affection. Qu'ils sachent que ce travail est en partie  
le fruit de leurs soutiens et de leurs encouragements sans  
cesse. Je leur suis très reconnaissante. Leur fierté à mon  
égard aujourd'hui est pour moi la meilleure des récompenses.*

*À mes frères: Samir, Farid, Lyes et Arezki*

*A mes tantes maternelles: Dalila et Fatiha*

*A mon oncle Nadir et à sa femme Aurélie et leurs enfants*

*A ma belle sœur Sarra*

*A toute la famille YAHIAOUI*

*A ma binôme Tiziri*

*À tous mes amies*

*Morgan, Saida, Sabrina, Rina, Sabrina, Dalila, Tafath*

*Yahiaoui Chahinez.*



# *Sommaire*

## Table des matières

Introduction .....	1
<b>LA PREMIERE PARTIE : partie théorique</b>	
<b>Chapitre I : la schizophrénie</b>	
Introduction .....	5
1-Histoire et évolution du concept de la schizophrénie.....	6
2-Les définitions du concept de la schizophrénie .....	7
3-L' étiologie du concept de la schizophrénie.....	9
4-Les caractéristiques de la schizophrénie.....	12
5- La situation nosographique.....	14
6-Les formes cliniques de la schizophrénie .....	16
7-Le traitement de la schizophrénie .....	19
Conclusion .....	22
<b>Chapitre II : la famille</b>	
Introduction .....	24
1-Les définitions du concept de la famille .....	24
2- L'approche systémique en santé mentale .....	25
3-Les types de la famille .....	26
4- Les caractéristiques de la famille algérienne.....	27
5- La structure de la famille .....	29
6-L'approche systémique de la schizophrénie .....	30

7- La théorie de la communication .....	32
8- Le fonctionnement des familles .....	33
8.1 La famille saine .....	33
8.2 La famille pathologique .....	34
9- Les facteurs dysfonctionnels de la famille d'un schizophrène .....	35
10- Le rôle de la famille dans les soins d'un schizophrène .....	36
11- Les manières de se comporter avec le patient schizophrène et sa maladie.....	39
12- Les besoins et les désirs exprimés par les familles.....	39
Conclusion .....	40
Problématique et hypothèses .....	42

## **LA DEUXIEME PARTIE : la partie pratique**

### **Chapitre I : la méthodologie de recherche**

Introduction .....	47
1-La méthode de recherche.....	47
2- La Stratégie de recherche .....	48
3-Le groupe de recherche.....	51
4- L`outil de recherche .....	52
Conclusion.....	56

**Chapitre II : Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

Introduction .....58

    1- La présentation des cas et l’analyse des résultats .....58

Discussion des hypothèses.....80

Conclusion.....82

Références bibliographique.....85

# *Introduction*

### **Introduction :**

Les conséquences à long terme de la vie en famille d'un patient atteint de schizophrénie pourraient assister à une fragilité de l'état de santé des parents. Cela peut les conduire vers un état de surcharge, ce qui risque une rechute du patient. Afin de confirmer ou d'infirmer notre thème de recherche qui port sur le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient schizophrène.

Dans le cadre de cette dernière année d'étude en psychologie clinique, on a eu l'occasion de réalisé notre stage pratique au service de psychiatrie de FRANTZ Fanon à Bejaia, c'est un service de soins spécialisés qui accueille une population spécifique dont la problématique générale inclut, entre la maladie mentale, et une notion de dangerosité psychiatrique. La majorité des patients rencontrés présentent des troubles psychotiques, on a orienté notre travaille vers cette maladie complexe qu'est la « schizophrénie paranoïde ».

Ainsi ce mémoire porte deux parties principales dont la première est la partie théorique qui contient deux chapitres dans le premier chapitre sur la « schizophrénie » qui est une maladie qui affecte la manière de penser, de ressentir, de percevoir et de se comporter. La personne atteinte a des difficultés à penser clairement, à faire la différence entre ce qui est réel et ce qui ne l'est pas, à contrôler ses émotions, à prendre les bonnes décisions et à entretenir des relations avec les autres. Dés lors, un aperçu historique, notamment à travers les notions de signe psychotique doux et de marqueur end phénotypique de la maladie, en quoi la schizophrénie se caractérise, ses facteurs et ses évolutions, ainsi que ses différentes formes et la prise en charge thérapeutique.

Après avoir présenté le chapitre schizophrénie, nous aborderons le deuxième chapitre la famille du schizophrène les familles ayant des membres

schizophrènes perçoivent l'environnement comme hostile et confus ; leurs perceptions de l'environnement sont non seulement déformées, mais utilisées comme une stratégie de défense et de protection, dans ce dernier on a défini la famille sur tous les cotés, évolution de la famille, les différents types de famille et comment est son fonctionnement et son dysfonctionnement. Les familles ayant des membres schizophrènes perçoivent l'environnement comme hostile et confus ; leurs perceptions de l'environnement sont non seulement déformées, mais utilisées comme une stratégie de défense et montre les facteurs qui influencent sur la santé mentale ainsi que les besoins de la famille du schizophrène et quel serait l'évolution et le rôle qu'elle peut donner dans les soins de cette maladie psychiatrique.

Et dans la deuxième partie qu'est la partie pratique, on a insérer deux chapitres dont l'un est celui de la méthodologie de la recherche dans lequel on a introduit la méthode de recherche qu'on suivit qui est la méthode clinique qualitative, l'outil d'investigation qu'on a utiliser durant notre enquête qui s'agit du guide d'entretien, comme on a fais référence au dossiers médicaux des malades , et la présentation de notre lieu de recherche. Et le dernier chapitre qui porte sur la présentation, l'analyse des résultats et discussion des hypothèses.

On a mené à bonne fin, notre travail de recherche par une conclusion générale.

*Première partie :*  
*La partie théorique*

*Chapitre I :*  
*La schizophrénie*

**Introduction :**

Les notions de santé et de normalité en médecine, notamment lorsqu'elles s'appuient sur des critères objectifs comme les examens para cliniques. Le psychiatre peut bien sûr considérer par analogie que la santé mentale consiste à l'application de l'adage de la philosophie grecque antique vantant la mesure ; toutefois la mesure renvoie davantage à la sagesse qu'à la santé mentale, et considérer la norme par référence à une « moyenne » Canguilhem, comporte le risque en 1966 en matière de santé mentale, d'identifier cette dernière au conformisme, voire d'assigner à la psychiatrie la tâche inquiétante d'une uniformisation des pensées et des comportements.

Les pathologies que nous appelons aujourd'hui psychoses ont longtemps constitué l'essentiel du domaine de la psychiatrie ; elles sont synonymes « d'aliénation mentale » ; aiguës ou chroniques, elles représentent le prototype de la situation dans laquelle le sujet humain perd le contact intime avec soi-même, cesse de s'appartenir, devient méconnaissable et comme étranger à soi et à ses proches, en même temps que ses rapports avec son monde connaissent un profond bouleversement.

La schizophrénie, est une affection mentale grave qui entraîne une modification profonde et durable de la personnalité, est une maladie de l'adolescent et de l'adulte ; avec l'apparition des traitements neuroleptiques, l'aspect inéluctable de l'évolution vers un état morbide constitué s'est vu remis en cause, et la schizophrénie peut désormais être comprise comme la « potentialité d'une tendance évolutives ».

Nous allons décrire la période la plus active au plan clinique des modes de début des pathologies schizophréniques, qui est aussi celle qui mobilise le plus de soins et d'intervention, parfois davantage. Par la suite, nous décrirons l'évolution et les formes de la schizophrénie, c'est-à-dire la clinique présentée,

et les soins nécessités, après une certaine stabilisation du cours de la maladie. (Kapsambelis .V, pp.17- 397- 459- 475).

### **1- Histoire et évolution du concept de la schizophrénie :**

Les psychoses sont connues et décrites depuis l'Antiquité en des termes comme la démence, la folie ou la manie, leurs formes aiguës ont longtemps pris le devant sur les formes chroniques, et insidieuses, qui étaient confondues avec l'affaiblissement intellectuel et l'idiotie. Les aliénistes se sont intéressés d'abord au trouble de l'esprit quant à son contenu « idées fausses », c'est-à-dire délirantes ou bien idées et croyances erronées que le sujet reconnaissait comme telles. Puis, ils se sont mis à étudier le trouble de l'esprit quant à sa structure pour relever les troubles de la pensée et du langage en même temps qu'ils découvraient que les sphères affectives, motivationnelles et relationnelles étaient affectées de la même structuration ou affaiblissement, l'histoire de cette évolution se confond avec l'introduction du terme spécifique ; et le terme de « psychose » apparaît sous la plume de psychiatrie viennoise de Ernst Von Fenchtrlsleber en 1845.

Le mot de schizophrénie, schizophrène, a été forgé en 1911 par le psychiatre suisse Zurich Eugen Bleuler, sous l'influence, de la théorie psychanalytique, Bleuler tente de repérer un élément clinique pathognomonique, commun aux pathologies que Kraepelin appelle démence précoce Bleuler dit en 1911: « J'appelle la démence précoce schizophrénie parce que, comme j'espère le montrer, la scission des fonctions psychiques les plus diverses est l'un de ses caractères les plus importants ». Le terme utilise toujours le suffixe « phrèn », ainsi que le verbe grec « skhizein », fissure – division et pensée. Il avance l'hypothèse d'un mécanisme pathologique propre à cette pathologie, la dissociation des fonctions psychiques en est l'une des caractéristiques les plus importantes. Il construit aussi le néologisme d'autisme pour rendre compte de la tendance au retrait et au repli sur soi de ses patients. Du point de vue des délires

chroniques, la notion de schizophrénie est en recule par rapport à la position de Kraepelin qui s'apprête à adopter dans la même époque, dans la mesure où pratiquement toute l'ancienne paranoïa est à nouveau intégrée dans la forme paranoïde de la schizophrénie.

Il ya plus d'un siècle Emil Kraepelin psychiatre allemand considéré comme le fondateur de la psychiatrie scientifique moderne, fondateur de la psychologie expérimentale, Kraepelin s'est efforcé, tout au long de sa carrière, de créer une classification des maladies mentales fondée sur des critères cliniques objectifs. Il avait cru que ces malades étaient des déments précoces, en 1899, caractérisés par la perte de la raison, des émotions, des affectes, c'est en 1911 que son élève Eugene Bleuler prend sa relève que derrière la désorganisation psycho-comportemental existe une riche vie intellectuel et affective ; le schizophrène est capable de sentir, de réfléchir et d'aimer.

On sait alors que ces recherches et découvertes ont fondées les bases des connaissances actuelles que nous avons de la schizophrénie et ont largement contribué à l'émergence des modèles cliniques et des classifications symptomatologiques, propres à la pathologie. Dans la majorité des cas, la schizophrénie est une maladie débutante dans l'adolescence. Elle apparait après la puberté, pour se développer jusqu'à l'âge adulte, il est difficile de dépister le début de cette maladie. (Guy Besancon ; 2005, p.29).

## **2- Définitions du concept de la schizophrénie :**

### **2.1. Définition étymologique :**

Le mot schizophrénie comporte des racines grecques, « schizein » qui signifie « l'âme, l'esprit » ; Bleuler est l'architecte de ce concept. Il a voulu donner d'emblée une portée explicative, malgré pour lui, psychologiquement parlant, ce concept est indispensable de celui de « spaltung ». Ce dernier

représente pour Bleuler une des caractéristiques les plus importantes de la pathologie. (Azoulay .C, Chabert .C, 2005, p53).

## **2.2. Définition psychologique :**

Etat pathologique caractérisé par une rupture de contact avec le monde ambiant, le retrait de la réalité, une pensée autistique. Sous le terme de schizophrénie, on regroupe un ensemble de troubles tels que les idées délirantes (vol de la pensée, par exemple), des hallucinations auditives (une voix commente les idées du sujet), un raisonnement illogique, l'indifférence affective, l'isolement social, une conduite étrange (accumuler des ordures chez soi, se parler en public...etc.). La schizophrénie est une maladie universelle. On la rencontre sous tous les climats et toujours dans les mêmes proportions : un à deux cas pour 10 000 habitants. (LAROUSSE), 2004, pp.239-240).

## **2.3. Définition selon le DSM IV :**

La Schizophrénie est une affection qui dure au moins six mois et inclut au moins un mois de symptômes de la phase active (c.-à-d. deux ou plus) des manifestations suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs). Les définitions des sous-types de schizophrénie (paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié et résiduel) sont également incluses dans cette section.

## **3- L'étiologie du concept de schizophrénie:**

### **3.1. Le facteur caractériel :**

Il est admis qu'au moins la moitié des schizophrénies présentaient, avant l'apparition de la maladie, des traits de personnalité schizoïde.

La schizoïde est une constitution caractérielle pathologique dont les traits principaux est les suivants : repliement sur soi-même, isolement, perte des

contacts sociaux, inhibition, impulsivité, tendance à l'abstraction, à la rêverie, à la bizarrerie, esprit de système, rationalisme morbide. (Hanus Michel, 1981, p. 69).

### **3.2. Facteur biotypologique :**

- 47% des schizophrènes sont de type leptosome (grand et mince).
- 24% des schizophrènes sont des dysplasiques.
- 17% des schizophrènes sont des athlétiques.
- 3% des schizophrènes sont des pnieque (biotype habituellement rencontré dans la psychose-maniaque-dépressive). (Ibid., 1981, p.69).

### **3.3. Le facteur social :**

La schizophrénie est plus fréquente dans les couches sociales moins favorisées ; mais si ceci peut s'expliquer partiellement par le fait de la dissociation progressive des schizophrènes.

L'isolement social avec repliement sur la cellule familiale, les migrations et déracinement sont reconnus comme facteurs favorisés.

La schizophrénie se voit dans toutes les races ; le milieu culturel ne fait que changer l'expression sémiologique de la maladie. (Ibid., 1981, p.69).

### **3.4. Le facteur génétique :**

On a longtemps pensé, et certains pensent encore, que la schizophrénie était une maladie héréditaire. D'innombrables enquêtes statistiques n'ont pas pu le prouver. Ce qui reste certain c'est que le risque de morbidité est plus élevé pour les sujets apparentés à un schizophrène que pour les sujets de la population normale. D'autre part la concordance entre jumeaux monozygotes est beaucoup plus élevée qu'entre les jumeaux dizygotes. Mais le principal problème qu'on peut

faire à ces enquêtes de morbidité, c'est qu'elles ne peuvent jamais éliminer l'action pathogène éventuelle du milieu. Si la schizophrénie est plus fréquente dans les certains groupes familiaux, ce peut être parce que l'affections est héréditaire, mais peut tout aussi bien être que les même déficiences psychologiques du milieu familial ont joué pour plusieurs sujets. (**Ibid., 1981, p.70**).

### **3.5. Le facteur biochimique :**

Les études biochimiques les plus intéressantes sont actuellement dirigées dans deux directions :

Les syndromes schizophréniques induits par les drogues psychodysléptiques ou onirogènes dont la structure chimique, est apparentée à la sérotonine, en particulière LSD; mais il semble que les syndromes discordants n'apparaissent que chez certains sujets prédisposés, en particulier schizoïde.

Les perturbations des médiateurs chimiques cérébraux, aucun résultat définitif n'est acquis dans ce domaine malgré de très nombreuses recherches. L'acquisition la plus récente, est sans doute la plus intéressante, est la suivante : 70% des schizophrènes présentent, dans leurs urines, une amine anormale, la 3-4 diméthoxyphényléthylamine (DMPE), donnant en chromatographie une tache rose (« *pink spot* » ). Cette anomalie s'expliquerait par l'existence, chez les schizophrènes, d'une défaillance de la transméthylation normale. (**Ibid. ; 1981, p.70**).

### **3.6. Le facteur psycho dynamique :**

Il existe probablement un terrain, une fragilité particulière, congénitale ou acquise, de l'organisme, mais la survenue des manifestations psychotiques s'expliques par des facteurs étroitement liés à la maturation affective et susceptibles d'en fausser le développement.

La schizophrénie peut être considérée comme une réaction spécifique déterminée par un état d'anxiété extrêmement sévère dont l'origine remonte à l'enfance mais qui est réactive ultérieurement au cours de l'existence lorsque la tension devient telle que toute autre possibilité d'adaptation s'avère impossible. Ces affirmations théoriques se confirment de plus en plus par les données des psychothérapies entreprises chez les schizophrènes. Incriminer l'équilibre affectif de l'enfance, c'est mettre en cause les relations parentales.

Les études sur la famille des schizophrènes sont nombreuses ; en voici les principales conclusions :

- a. La schizophrénie est fréquente dans les familles désunies (séparé ou vivant ensemble dans l'hostilité) mais se voit souvent en dehors de ce facteur favorisant.
- b. L'ambivalence, la mère dans ces relations avec l'enfant, surtout durant les premiers temps de sa vie, constitue un facteur capital ; cette ambivalence s'incarne dans une relation qui oscille perpétuellement entre une surprotection trop permissive, voire abandonnique, et une agressivité exagérée. C'est ainsi que l'on a pu décrire deux groupes de mère de schizophrènes : les hyper protectrices, les rejetant.
- c. L'annulation réelle ou symbolique de l'image paternelle, soit du fait du père autoritaire mais défaillant, ou bien falot et sans autorité ; soit du fait de la mère qui rejette le père et assumant mal son rôle (ces deux possibilités sont souvent conjointes).

Le repli sur la relation mère-enfant avec rejet de toute ouverture sur le monde. (Hanus Michel, 1981, p.71).

#### **4-les caractéristiques de la schizophrénie :**

La schizophrénie est caractérisée par un ensemble de troubles comme l'ambivalence des sentiments et des actes, les troubles du cours de la pensée, les idées délirantes vagues et mal systématisées.

Il existe plusieurs formes cliniques qui se différencient suivant la prédominance des symptômes ; Il existe trois (03) grands symptômes :

#### **4.1. Le délire**

« Le délire est une déformation subjective de la réalité ». Le délire schizophrénique (également appelé paranoïde) est souvent polymorphe (plusieurs thèmes et mécanismes) mais souvent hallucinatoire, non systématisé (mal organisé, sans construction logique, flou, contradictoire), sujets à changements (plusieurs délires peuvent se succéder) et, souvent, non congruent à l'humeur c'est-à-dire sans rapport avec l'humeur.

On distingue plusieurs thèmes: persécution, mégalomanie, mysticisme, jalousie, transformation corporelle (dysmorphophobie), influence, hypochondrie, filiation, politique ; et plusieurs mécanismes: l'intuition, l'interprétation, l'imagination, les illusions et les hallucinations auditives ou visuelles (le plus souvent rencontrées).

#### **4.2. La dissociation**

La dissociation est la perte de l'unité de la personne dans l'ordre de la pensée, de l'affectivité, de la communication et du comportement.

- Au niveau de la sphère intellectuelle on remarque :

**Des troubles du cours de la pensée:** affaiblissement de l'attention et de la concentration, barrages, difficultés dans l'association des idées, propos incohérents.

**Des troubles du langage:** les plus fréquents sont le mutisme ou le semi mutisme, les stéréotypies, les réponses à côté.

**Des troubles du système logique:** pensée magique, pensée déréelle, caractère «symbolique » des propos qui correspondent à une incapacité à comprendre la métaphore.

Au niveau de la sphère affective on peut remarquer : l'indifférence, le désintérêt, l'ambivalence des sentiments, l'absence de concordance entre les affects et la situation.

Et enfin, au niveau de la sphère comportementale on remarque : des rires immotivés, des mimiques non adaptées au récit, l'apragmatisme, des stéréotypies comme les balancements et les phénomènes d'écho tel que l'écholalie (répétition des paroles en écho) ou l'écho praxie (pour les gestes).

De plus en plus, les troubles schizophréniques sont considérés comme des anomalies de la conscience de soi. Dans le cas des symptômes dits « positifs », comme dans les automatismes mentaux, le patient ressent que le cours de sa pensée lui échappe, qu'il est contrôlé par une force supérieure ou dans d'autres cas il peut avoir l'impression que sa pensée est diffusée, que tout le monde peut en avoir connaissance. Ces symptômes altèrent la différenciation entre le « soi » et le monde externe, menaçant ainsi le sentiment élémentaire de soi. **(Dalery .J et D'Amato ; 2009, p.74).**

#### **4.3. Le repli autistique :**

Le terme « autisme », utilisé actuellement pour désigner un trouble du développement et de la communication de l'enfant, a été forgé par Bleuler en 1912 pour qualifier le repli sur soi de l'adulte Schizophrène. Le sujet est replié sur lui-même, il vit dans un monde intérieur. **(Ibid., 2009, p.74).**

## **5- Situation nosographique**

Les grandes classifications internationales prennent en compte la clinique présentée au long cours des patients schizophrènes. La 10<sup>e</sup> édition de la classification internationale des maladies (CIM10) de l'organisation mondiale de la santé (1992) retient cinq modalités évolutives :

### **5.1. Evolution épisodique avec déficit progressif:**

Le cours de la maladie est marqué par des épisodes plus ou moins aigus, à la sortie desquels le patient retrouve un niveau de fonctionnement psychique et relationnel inférieur à celui qu'il pratiquait auparavant. Ces évolutions sont donc marquées par un élément de « déclin progressif » des capacités cognitives, de la vie émotionnelle, des habilités relationnelles, professionnelles ou sociales ; avec l'avance en âge, le déficit peut se stabiliser, aux alentours de la sixième à la septième décennie de la vie, laissant le sujet dans un état de handicap psychique plus ou moins grave ; dans des cas beaucoup plus rares, le déficit continue sa progression jusqu'à réaliser le tableau de « démence » décrit initialement par Kraepelin.

### **5.2. Évolution épisodique avec déficit stable :**

Des épisodes féconds marquent le cours de la maladie tout au long de la vie, parfois avec une tendance à l'atténuation de l'intensité des symptômes et un espacement des épisodes. Toutefois, après les tout premiers épisodes, qui entraînent une baisse du niveau de fonctionnement du sujet, les manifestations négatives entre deux épisodes aigus se stabilisent. Par exemple, les débuts de la maladie peuvent conduire à l'échec des études, ou à la perte d'un emploi plus exigeant, mais si le patient trouve par la suite un autre emploi, moins qualifié, il a des chances de le garder à long terme. De même, des amitiés, ou un certain cercle social, établis après les premières années de la maladie, seront globalement préservés à long terme, c'est-à-dire que le patient ne connaîtra pas

de rétrécissement continu de son périmètre relationnel jusqu'à la quasi-extinction de tout rapport avec autrui.

### **5.3. Évolution épisodique rémittente :**

Cette évolution s'apparente à celle d'une « maladie à crises » avec rétablissement complet entre deux épisodes. Elle ressemble donc à l'évolution de certaines maladies maniaco-dépressives, et certains travaux ont émis l'hypothèse que les neuroleptiques, en agissant rapidement sur les épisodes aigus, conduisent à une « fragmentation » du cours des schizophrénies selon Deniker en 1979.

### **5.4. Rémission incomplète :**

Dans ces cas, le patient présente quelques épisodes au début de la maladie, par exemple au cours de cinq ou dix premières années, lesquels entraînent un certain nombre de pertes au niveau de l'insertion relationnelle, sociale, ou professionnelle, ainsi qu'une méfiance durable dans les contacts sociaux ; persistance d'une certaine « paranoïde » dans les relations avec autrui, ainsi que d'un certain retrait par rapport à l'environnement. Néanmoins, il n'y a plus de nouveaux épisodes aigus ou subaigus ; le traitement neuroleptique, s'il est conservé, se suffit à des posologies faibles au long cours, que souvent le patient module lui-même. Ainsi, si l'on peut considérer que la trajectoire de la vie du sujet a été affectée par la déclaration de la maladie au cours de la troisième décennie de sa vie, qui ne correspondent plus aux critères d'une maladie toujours active et évolutive.

### **5.5. Rémission complète :**

Ces évolutions ressemblent aux précédentes, à ceci près que rien, dans la vie actuelle du sujet, ne semble pouvoir être imputé à la pathologie passée. Ici, la question souvent posée à « posteriori » et celle de la validité du diagnostic

initial : ce patient était-il, finalement, « vraiment » schizophrène ? Toutefois, il faut garder à l'esprit qu'en l'absence de signes para cliniques, la schizophrénie est définie par un certain nombre de critères cliniques (assortie d'une notion d'une durée dans le temps), tant et si bien que, si ceux-ci ont été soigneusement recueillis, le diagnostic n'est pas contestable. Ces évolutions posent évidemment le problème des frontières de la schizophrénie avec d'autres pathologies (par exemple les états limite), ou encore de l'influence des produits toxiques (par exemple cannabis) pris au long cours à partir de l'adolescence : il n'est pas rare de rencontrer des sujets qui ont traversé une période d'authentiques troubles schizophréniques, très souvent assortis de consommation de toxique, entre la fin de l'adolescence et le milieu de la troisième décennie de leur vie, et qui à l'approche de la trentaine, ne présentent pas d'autres éléments cliniques que ceux relatifs aux conséquences des « occasions manquées » à cause de la maladie, c'est-à-dire les conséquences de tout ce qu'ils n'ont pas fait comme ils auraient pu au moment ou ils auraient dû (par exemple , étude, formation professionnelle, réseau relationnel). (Kapsambelis .K, 2012, pp.497-500).

## **6-Les formes cliniques de la schizophrénie :**

### **6.1. Forme paranoïde :**

Nous allons mettre l'accent sur la forme paranoïde sur laquelle nous menons notre recherche sur le terrain. À ce titre nous allons la décrire selon le DSM IV:

La caractéristique essentielle du type paranoïde de la Schizophrénie est la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations auditives prononcées dans un contexte de relative préservation du fonctionnement cognitif et de l'affect. Les symptômes caractéristiques des types désorganisés et catatoniques (par exemple, discours désorganisé, affect abasé ou inapproprié, comportement catatonique ou désorganisé) ne sont pas au premier plan. Les idées délirantes sont typiquement

des idées délirantes de persécution ou mégalomaniaques, ou les deux, mais d'autres thèmes délirants peuvent également se rencontrer (idées délirantes de jalousie, mystiques, ou somatiques). Les idées délirantes peuvent être multiples, mais s'organisent en général autour d'un thème cohérent. Les hallucinations sont également et typiquement reliées au contenu du thème délirant.

Parmi les caractéristiques associées, on peut citer l'anxiété, la colère, une attitude distante, et la quérulence. Le sujet peut avoir une attitude hautaine et condescendante et ses relations interpersonnelles soit ont un caractère formel et compassé, soit sont d'une extrême intensité. Les thèmes de persécution peuvent prédisposer le sujet à des gestes suicidaires, et des idées délirantes mégalomaniaques accompagnées de colère peuvent prédisposer l'individu à la violence.

Le trouble a tendance à débiter plus tard dans la vie que les autres types de schizophrénie, et ses caractéristiques distinctives seraient plus stables dans le temps. Ces sujets présentent habituellement peu ou pas d'altérations aux tests neuropsychologiques ou aux autres tests cognitifs.

Certaines données suggèrent que le pronostic du type paranoïde peut être considérablement plus favorable que celui des autres types de schizophrénie, surtout en ce qui concerne le fonctionnement professionnel et la capacité à vivre la façon indépendante. (DSM IV, 2005, p.362)

### **6.1.1. Critères diagnostiques de la schizophrénie paranoïde :**

Un type de schizophrénie qui répond aux critères suivants:

A. Une préoccupation par une ou plusieurs idées délirantes ou par des hallucinations auditives fréquentes.

B. Aucune des manifestations suivantes n'est au premier plan : discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, ou affect abasé ou inapproprié. (Ibid., 2005, p.362)

### **6.2. La forme hébepheréno-catatonique :**

On observe une prédominance des troubles psychomoteurs avec perte de l'initiative motrice, phénomène de catalepsie, maniérisme, stéréotypes.

Ces formes réalisent un état proche de la stupeur, avec négativisme s'exprimant par des conduites de refus (mutisme, opposition, refus de tout contact, refus d'aliments). Des imputations subites peuvent ici aussi emmailler l'évolution de la maladie.

Il existe en effet une intense activité hallucinatoire, mais qui est tardivement et difficilement; l'expérience de morcèlement du corps et particulièrement angoissante. Cette forme peut évoluer de façon « discontinue », c'est-à-dire que des rémissions assez remarquables peuvent se voir.

D'autres formes sont classiquement citées dans tous les traités :

### **6.3. L'héboïdophrénie :**

Dans laquelle dominent les troubles des conduites et les comportements médico-légaux. La froideur affective les symptômes dissociatifs permettent de faire le diagnostic de schizophrénie.

### **6.4. La forme dysthymiques :**

Comportent une symptomatologie dépressive, maniaque, ou mixte et évoluent sur un mode intermittent et périodique.

Une place à part doit être faite à la schizophrénie infantile, car la notion de schizophrénie chez l'enfant est discutable et discutée ; avant 7-8 ans on parle en effet plutôt de psychose infantile ou d'autisme. On rencontre cependant chez le

grand enfant (8-13 ans) des formes de schizophrénies tout à fait superposables aux formes décrites chez l'adulte, avec en particulier une activité délirante verbalisée. (Pewzner .É, 2000, pp80-81).

## **7-Le traitement de la schizophrénie :**

### **7.1. Les psychothérapies :**

#### **7.1.1La psychanalyse**

La psychanalyse s'adapte aux conditions particulières de la cure en appliquant certaines règles bien différentes de celles qui sont réservées aux malades névrotiques. Soit apporter au patient schizophrène un soutien plutôt que chercher à découvrir son inconscient, ne pas pousser les investigations en profondeur, chercher à renforcer les défenses, ne pas confirmer ni nier les idées délirantes, aider le patient à résoudre ses difficultés interpersonnelles.

#### **7.1.2 La psychothérapie de soutien**

- Obtenir la confiance du patient.
- Obtenir un minimum d'accord sur le plan médicamenteux (au pire, proposer un traitement retard).
- Parler des effets secondaires et le dédramatiser.
- Être un thérapeute stable et disponible.
- Obtenir la confiance de l'entourage du patient.

#### **7.1.3 La psychothérapie institutionnelle**

- Dans les institutions : hôpital, hôpital de jour, foyer. Le but est d'aider le patient à mieux supporter le séjour à l'hôpital. On peut s'aider d'ateliers thérapeutiques.

#### **7.1.4 La thérapie familiale**

Les approches familiales sont nécessaires, soit dans les formes codifiées de « thérapie familiale », si le contexte s'y prête, soit sous la forme plus générale

d'un soutien à la famille par des entretiens réguliers, ce soutien étant indispensable, tant les bouleversements provoqués par la modification du patient dans ses rapports au monde ont un impact sur la vie quotidienne de l'ensemble de son entourage. (Kapsambelis .V, 2012, p.506).

Dans la thérapie familiale le thérapeute rencontre le patient et la famille, et cela pour la meilleure acceptation de la famille pour le schizophrène.

### **7.1.5 La sociothérapie**

Ce sont les mesures qui vont faciliter la réintégration sociale. Elles complètent les deux premiers volets que sont la psychothérapie et la chimiothérapie. Les patients peuvent travailler sous traitement, et occuper un emploi protégé.

Ceux qui travaillent ont bien évidemment un salaire ; et une demande d'allocation Adulte handicapé. Aussi une pension d'invalidité peut être allouée pour un schizophrène qui à déjà travaillé et une Prise en charge à 100%.

Il est souvent demandé une tutelle ou une curatelle pour aider le patient à gérer ses biens. Soit, le sujet travaille et se loge, soit l'hébergement est assuré par la famille. Il existe par ailleurs des :

- Structures transitoires : appartements thérapeutiques, foyers médicalisés.
- Structures d'accueil définitives : familles d'accueil, maisons d'accueil spécialisées.

### **7.2. Chimiothérapie:**

Le but de celle-ci est symptomatique. Elle a pour objectif de réduire en priorité les symptômes qui sont source de la souffrance pour le patient (angoisse, dépression, insomnie...etc.).

Et pour cela on distingue deux techniques possibles :

- Soit commencer par les tranquillisants en augmentant progressivement les doses, en particulier TRANXENE 50 et passer secondairement aux neuroleptiques, en préférant le DOGMATIL 200, associé éventuellement à une petite dose d'HALDOL 2%.
- Ou bien débiter d'emblée par le DOGMATIL, mais en ayant soin de commencer par des doses faibles (150 à 200 mg) qui seront progressivement augmentées.

Le principe essentiel est de commencer progressivement afin d'éviter les effets secondaires pour que le patient accepte plus facilement ce traitement médicamenteux vis-à-vis duquel il est nécessairement ambivalent.

Lorsque cette prise en charge est effectivement réalisée avec la coopération active du sujet, la question de l'hospitalisation ne se posera que devant, l'apparition d'un épisode aigu ne réagissant pas rapidement au traitement ambulatoire. **(Hanus Michel, 1981.p72).**

### **7.3. Les neuroleptiques**

Le choix des neuroleptiques se fait selon les symptômes. Par exemple, dans le cas d'un délire très important : neuroleptique anti délirant (haldol, largactil, loxapac, solian) ; dans le cas d'une angoisse psychotique ou agitation : neuroleptiques sédatifs (tercian, loxapac, nozinan). Chez un hébéphrène : neuroleptiques désinhibiteurs à faible dose (haldol, solian). Et le traitement retard (injection retard) : en intramusculaire toutes les 2, 3,4 semaines. **(Ibid.).**

### **Conclusion :**

Actuellement, il est impossible de savoir, lorsque l'on rencontre un jeune patient présentant des symptômes du registre psychotique, s'il va développer par la suite une pathologie schizophrénique. D'ou l'intérêt d'utiliser les traitements neuroleptiques à visée strictement symptomatique, en expliquant clairement au

patient et à sa famille le but du traitement, ses limites, et éventuellement sa durée. Il est tout aussi nécessaire d'assurer, tout au long de la période du traitement, et même au-delà, un accompagnement psychologique, à même d'adapter les attitudes thérapeutiques à l'évolution, très changeante et imprévisible à cette période de la vie. Il faut se souvenir aussi que la schizophrénie, en tant que maladie, connaît des formes plus au moins graves, et notamment des évolutions favorables qui sont plus nombreuses que les évolutions catastrophiques : à ce titre d'exemple il est nécessaire d'apporter à la connaissance des parents toute information sur la maladie psychiatrique.

# *Chapitre : II*

## *La famille*

**Introduction :**

La famille n'est pas considérée comme un lieu, l'origine ou la cause des troubles mais elle participe au traitement.

Sur la cote ouest, en 1950, l'école de Palo Alto est apparue. C'est un courant de penser et de recherche ayant prit le nom de la ville de Palo Alto, en Californie.

Une équipe qualifiée a travaillé sur le mode de communication des patients schizophrènes et les problèmes relationnels qui en découlent. Elle montre le rôle de mère dans la construction de la réalité psychique du schizophrène, il s'agit de la communication. Dans un article publié en 1956, Gregory BATESON et son équipe écrivent que la communication est la matrice sociale où s'inscrivent les symptômes psychiatriques. Ils décrivent le principe du double-bind dans les familles à transaction schizophrénique.

L'évolution de la pratique systémique est passée de la description de « ce qu'un individu fait à l'autre », et l'intérêt de ce que les familles font ensemble, et enfin c'est quoi un système thérapeutique. (**Farid kacha, 2003, p76**).

**1- Définitions :**

La famille est une institution sociale, c'est un groupe social uni par des liens de parenté ou du mariage, présent dans toutes les sociétés humaines.

La famille est un ensemble formé par le père, la mère et les enfants. La famille réunissant au même foyer uniquement le père, la mère et les enfants non mariés. (Petit Larousse.2001).

**1.1 Définition sociologique :**

La définition la plus courante de la famille- groupe caractérisé par la résidence commune et la coopération d'adultes des deux sexes et des enfants

qu'ils ont engendrés ou adoptés (Murdock 1949). Explicite très peu l'extrême diversité de ses formes historiques et semble évacuer certaines variations familiales importantes. (**Dictionnaire de Sociologie, LAROUSSE, 2005, P97**).

### **1.2 Définition psychologique :**

Institution sociale fondée sur la sexualité et les tendances maternelles et paternelles, dont la forme varie selon la culture (monogamique, polygamique, polyandrique, etc.). (**Norbert .S, 2004, p.110**).

### **1.3 La famille algérienne :**

La famille algérienne, il s'agit d'un groupe domestique appelé « aila » constitué de proches parents qui forment une entité socio-économique fondée sur des rapports d'obligation mutuelle : dépendance et assistance. L'article 55 de la constitution algérienne (1989) stipule que la famille est la cellule de base de la société. Elle bénéficie de la protection de l'état et de la société. (**Boutefnouchet Mustapha, 1982, p.19**).

### **1.4 Définition de la famille selon M .Selvini Palazzoli :**

La famille est un groupe naturel ayant une histoire commune. (**Jean Maisondieu et Léon Métayer, 2001, p07**).

### **1.5 Définition de la famille d'un schizophrène :**

Les familles ayant des membres schizophrènes perçoivent l'environnement comme hostile et confus ; leurs perceptions de l'environnement sont non seulement déformées, mais utilisées comme une stratégie de défense et de protection. (**Gérard Salem, 2005, p.98**).

## **2- Approche systémique en santé mentale :**

Murray Bowena étudié la famille principalement comme un système fermé. Il l'a définie comme un système émotionnel dont les membres sont

essentiellement reliés et qui doivent se différencier. Les problèmes viennent principalement du manque de différenciation des membres ; la famille forme alors une masse émotionnelle indifférenciée, fusionnée, lieu d'une anxiété flottante irrationnelle, avec des attachements émotifs pathologiques insolubles et qui sont transmis d'une génération à l'autre. Ces relations familiales duelles sont instables en situation de conflit, et les membres cherchent à diluer la tension en introduisant une tierce personne pour ainsi former un triangle. Ce triangle peut se former avec un autre membre de la famille, un parent ou un enfant, une personne de l'extérieur, une personne qui n'est plus présente mais a eu de l'importance dans le passé et qui demeure présente dans l'imaginaire de la famille ou d'un de ses membres. Le triangle est « le plus petit système relationnel stable » ; mais pas nécessairement le plus efficace à moyen et long terme pour résoudre les conflits et permettre le développement harmonieux des membres. (Landry Blas Louise, 2011, p18).

### **3-Les types de la famille :**

#### **3.1 La famille traditionnelle :**

La famille traditionnelle est soumise à des défis de survie; elle est orientée vers la reproduction de la vie et centrée sur la transmission, de génération en génération, d'un patrimoine biologique, matériel et symbolique. Cette famille est avant tout et surtout une institution dont les normes, les lois, les coutumes, les représentations collectives sont celles de toute la société et de la culture commune. Toutes les conduites doivent s'y régler, et cela jusque dans la conscience et la subjectivité. Les rôles sont définis comme allant naturellement de soi, comme des réponses viables, nécessaires et indiscutables à de multiples contraintes, y compris des impératifs religieux qui les sacralisent. «Père et mère tu honoreras ...» «On accepte les enfants que le ciel nous envoie ». (Jacques Grand Maison, 2004, p.09).

**3.2 La famille moderne :**

Ce type de famille est connu par ces principaux traits qui sont la recherche du bonheur passe de plus en plus par l'affectivité, le sentiment amoureux ; le rapport à la famille comme institution se veut plus rationnel et moins tributaire d'une tradition répétitive et de règles sacrées intouchables, indiscutables. Non plus la survie, mais l'avenir à faire à travers les enfants; un avenir seul chargé de sens ; et l'émergence d'une individualité irréductible à l'unique logique familiale. Chacun, chacune, acteur de sa propre vie, de sa propre histoire. (**Jacques Grand Maison, 2004, p.10**).

**3.3 La famille fusionnelle :**

Dans ce type de famille on trouve une sorte de chantage permanent au sentiment. «Fais cela pour ta maman», «Si tu m'aimais vraiment, tu me l'achèterais», «Si tu n'acceptes pas ça, c'est que tu ne nous aimes pas, nous tes parents». La démarche fusionnelle fixe l'adulte à l'enfance.

En bout de ligne, un enfant captif, symbiotique qui sera coincé dans une double contrainte: une dépendance affective inconditionnelle et une sorte de poussée de révolte pour exister dans sa propre identité. De même, le divorce de ses parents fusionnels sera particulièrement dramatique pour lui. Il sera trop souvent le terrain et même l'instrument des mutuelles agressions des ex-conjoints. Et chacun de ceux-ci cherchera à se l'approprier exclusivement. «Tu es tout pour moi, tu sais». (Jacques Grand Maison, 2004, p11).

**4- Caractéristiques de la famille algérienne****4.1 Les caractéristiques de la famille algérienne traditionnelle**

La famille algérienne est, en règle générale, une grande famille au sein de laquelle vivent les familles conjugales, et sous le même toit, qui est la grande maison.

Les caractéristiques de la famille traditionnelle algérienne, surtout celle qui relève de l'économie, ont influencé sur la structure familiale et sur l'habitat. On trouve la grande maison qui permet l'élargissement de la taille de la famille, qui regroupe tous ses membres ; le père, la mère, les grands parents, les enfants non mariés et même les enfants mariés et leurs enfants. La crise économique était l'une des causes principales de cette caractéristique car la vie était chère les familles ne pouvaient pas se permettre d'une vie aisée et dans ce cas les enfants mariés quittaient rarement le domicile familial.

La famille se caractérise aussi par le patriarcal, l'agnatique, et l'indivision, le premier caractère fait que le père est le chef spirituel du groupe familial. C'est lui qui impose à tous la discipline au sein du groupe, il gère toutes les affaires concernant le devenir de sa famille.

Le caractère agnatique, fait que la descendance y est masculine. L'héritage se transmet en ligne paternelle, du père au fils, afin de sauvegarder l'indivision du patrimoine familial.

Pour le dernier qui est l'indivision, faisait que le père avait à sa charge plusieurs familles puisque les descendants mâles ne quittaient pas la grande maison. Et presque toutes les affaires qui concernaient la famille étaient la préoccupation primordiale de la « djmaa » ou bien « tajmaat ». **(Boutefnouchet Mustapha, 1982, p. 43).**

#### **4.2 Les caractéristiques de la famille algérienne moderne**

Le changement de l'urbanisation et de l'exode rural ont entraînés des problèmes sociaux aux familles, la crise de logement transforme les familles élargies, cette crise a toujours été centre de conflit entre les membres de la famille ; surtout dans le côté femme ; entre belle fille et belle mère, et entre belle fille et belle sœur ; qui explique le résultat du nombre important de divorce. Au sein de ces familles, les rôles sont détournés par les crises de la société.

Le père qui était le pouvoir, donne sa place à son fils aîné ; et face à ce changement intervenu dans la famille, celui du nouveau rôle de la mère, profitant du pouvoir de son fils pour diriger le foyer domestique.

La mère devienne la maitresse de son espace, non seulement elle s'occupe du ménage, mais aussi commande et gère ses filles et ses belles filles sur les tâches du ménage. Elle joue le rôle de la dominante puisqu'elle domine sa belle fille ; comme elle prend, aussi, part dans les décisions familiales les plus importantes. (**Ibid., 1982, p.240**).

### **5- Structure de la famille:**

La famille est considérée comme un « système ouvert ». C'est-à-dire une structure qui a des échanges avec l'extérieur. Watzlawick, 1972.

Il s'agit d'une unité non réductible à la somme des particularités de ses membres, en interaction avec ; d'autres systèmes de son environnement, ses membres qu'elle encadre elle-même hiérarchisée dans ses dimensions, élargies et sociales. Orientée de façon plus ou moins explicite vers des objectifs propres. Fonctionnant comme une unité relativement autonome et opérationnelle avec ses règles, ses rôles. Maintenant une identité et un équilibre dynamique. (**Farid kacha, 2003, p. 109**).

Salvador Minuchin fait reposer son approche thérapeutique sur plusieurs axiomes fondateurs. L'importance du contexte, l'individu qui vit à l'intérieur d'une famille est membre d'un système social auquel il doit s'adapter ; ses actions sont régies par les caractéristiques du système, qui comprennent les effets de ses propres actions passées.

Le retentissement personnel des changements collectifs : « les changements dans une structure familiale contribuent à des changements dans le comportement et les processus psychiques internes des membres de ce système »

un changement dans le contexte pourra donc produire des changements chez l'individu. (Karine Albernhe, Thierry Albernhe, 2004, pp.59-60).

### **6- Approche systémique de la schizophrénie :**

L'originalité de l'approche systémique est d'avoir exploré une autre direction, celle du « comment » on devient schizophrène et non plus celle du « pourquoi » on le devient. Il est important de souligner que ce sont les premiers travaux sur les familles de schizophrènes qui ont impulsé le vaste mouvement d'étude des familles saines.

Matteo Selvini ne suffit pas à expliquer clairement deux phénomènes très classiques et fondamentaux :

- a. La présence dans une même famille d'enfant schizophrène et d'enfant relativement sains.
- b. Le fait que des parents apparemment normaux ont des enfants schizophrènes et que des parents présentant une pathologie manifeste ont des enfants normaux ».

Certains traits de personnalité ainsi que certains comportements et attitudes d'un parent dont un enfant était psychotique, la pathologie en question de l'enfant était une schizophrénie, et le parent était la maman. Il existait souvent une relation de type surprotecteur de la mère envers son enfant.

Des psychanalystes, avaient déjà attiré l'attention des cliniciens sur la nature du lien symbiotique entre un enfant psychotique et sa mère. La mère schizophrénogène qui souligne l'importance cruciale de l'environnement familial dans la psychogenèse d'une psychose. Le concept de « mère schizophrénogène » résulterait de la confusion dans l'esprit de l'analyste, ou du psychiatre. Avec le début de ce que l'on dénomme généralement le « mouvement familial » en psychiatrie, que plusieurs membres étaient

schizophrènes. Les travaux mis l'accent sur certain traits de personnalité des parents d'enfant devenus schizophrènes à l'âge adulte, ou sur l'importance des traumatismes psychiques subis pendant l'enfance dans la genèse du processus schizophrénique à l'âge adulte plus particulièrement dans la période de post-adolescence.

L'étude approfondie des familles dont un des membres est schizophrène lui a permis d'établir quatre grandes constatations, sources fécondes de travail psychothérapeutique :

L'idée qu'il faut au moins trois générations successive pour qu'apparaisse un patient schizophrène dans une famille.

L'existence d'un éventail de relations assez restreint non seulement pour le patient mais aussi pour l'ensemble de sa famille.

L'inexistence d'une véritable différenciation entre les divers protagonistes, cette identification psychologique peut parfois se transmettre d'une génération à l'autre, finissant par devenir psychotisante.

La découverte des neuroleptiques a permis une meilleure écoute des patients psychotiques ainsi que d'autre forme de prise en charge. Les neuroleptiques ont fait plus que calmer l'agitation ; ils ont permis des guérisons définitives et de bonnes améliorations parallèlement à ce dernier citons celle sur le concept d'expressions émotionnelles, et surtout celles sur la communication, donnent des résultats non homogènes, difficultés de focaliser l'attention et disconfirmation qui peut être intriquées à une implication émotionnelle importante...etc. (**Karine Albernhe, Thierry Albernhe, 2004, p.47**).

### **7- Théorie de la communication :**

Tout communication propose un engagement, induit un comportement, transmet une information. La théorie de la communication s'est construite à

partir des travaux de Bateson et du groupe de chercheurs de l'école de Palo Alto, leur intérêt se porte sur l'étude des modèles de communication et les structures d'interactions entre individu, aussi bien dans un contexte pathologique que dans les interactions humaines banales.

Les théories de la communication excluent a priori de leur champ d'étude l'inconscient, pour ne s'intéresser qu'au domaine de la communication. Elles ont mis en évidence l'importance des distorsions et paradoxes dans la communication au sein des familles de schizophrènes.

Le « *double-lien* » apparaît ainsi, pour l'école de Palo Alto, comme le modèle même de la communication pathologique « psychotisante » utilisée par la mère pour s'adresser à son enfant, futur psychotique. Il s'agit d'un message contenant deux propositions complémentaires et contradictoires (pas nécessairement toutes les deux du registre verbal).

Ainsi, la mère manifeste un sentiment (premier message) mais le nie et demande à l'enfant de le nier aussi (deuxième message). Ce dernier n'a aucune issue car, soit il mécontente la mère et perd son amour, soit il nie la réalité.

Pour Bateson, la prévalence de ce type de communication paradoxale pendant une longue période induit chez l'enfant la psychose : un délire paranoïde si l'enfant s'évertue à décrypter le sens des messages ; une hébéphrénie s'il choisit la solution de répondre au hasard ; une schizophrénie catatonique s'il se ferme dans un refus de la communication.

Les systémiciens ont donc montré, à partir du double-lien et d'autres perturbations des échanges, que la schizophrénie apparaissait dans des familles où régnaient des distorsions graves dans le système de communication entre les différents membres. **(Guy Besançon (1993), 2005, p.189).**

## 8- Le fonctionnement des familles :

### 8.1 La famille saine :

Au expressions de famille normale les systémiciens préfèrent celle de famille fonctionnelle définie par ce qu'elle n'est pas une famille envahie par des dysfonctionnement délétère et douloureux. la famille non dysfonctionnelle est celle qui arrive à gérer ses processus transactionnels de manière optimale, l'école de Palo alto ont rejeté la notion d'une « famille sain », car elle conduisait inmanquablement porter des jugements de valeur sur les famille, et en conséquence les famille qui ne respectaient pas ces valeur refuge s'écartaient en quelque sorte d'un schéma standard de fonctionnement, faute de mieux, il convenait d'appeler « normale » ou « sain ».

Dans la théorie brownienne, les individus dits « normaux » n'existent pas davantage que les familles dites « normale », c'est préférable de parler de « famille ordinaire ».

Pour l'organisation de la vie familiale autour d'un parent, en général la maman dans la plupart du temps, elle est le centre psychologique de la famille. Il est intéressant de considérer la manière dont les parents gèrent le temps réel qu'ils consacrent à leur famille, en peut définir plusieurs modes relationnels familiaux évoluant entre deux extrêmes :

Celui des parents presque toujours absent pour des raisons professionnelles et déléguant leurs rôles parentaux à leur parent ou à d'autres personnes que se soit employer de maison, aides maternelles,....etc.

Des parents omniprésents, ne laissant aucun espace de liberté à l'enfant, mettant ce dernier sous pression permanente et exigeant de lui des performances d'un autre âge (phénomène de l' »enfant volée » des enfants dits « précoce », « surdoués ». (**Karine Albernhe, Thierry Albernhe, 2004, pp.108-109**).

## 8.2 La famille pathologique :

« Père pathogène » et d'une mauvaise organisation familiale dans les déviations et dysharmonies de la personnalité des enfants. Certaines anomalies de la communication intrafamiliale pouvaient provoquer des troubles mentaux assez graves pour entraîner une psychose. Et certains parents qui présentaient un caractère « psychotique » (sans symptôme clinique) risquant de provoquer une psychose manifeste chez leurs enfants. La communication au sein de la famille, et ses conséquences psychopathologiques sur les divers individus du groupe familial.

Tout communication propose un engagement, induit un comportement, transmet une information. La théorie de la communication s'est construite à partir des travaux de Bateson et du groupe de chercheurs de l'école de Palo Alto, leur intérêt se porte sur l'étude des modèles de communication et les structures d'interactions entre individu, aussi bien dans un contexte pathologique que dans les interactions humaines banales. Faisant de la famille un « système » et des troubles de la communication le facteur essentiel de la « pathologie » de ce système, susceptible d'être à l'origine de la schizophrénie d'un des éléments, c'est-à-dire un des membres, de ce système familial. Là se situe indiscutablement l'origine des thérapies familiales systémiques qui sont largement utilisées actuellement.

Les notions d'homéostasie familiale, de pseudo-hostilité et y pseudo-mutualité, de symétrie et complémentarité, de paradoxe et d'interactions familiales sont venues compléter la panoplie conceptuelle qui sert à tous les Thérapies familiales. Ces derniers cherchent donc moins à traiter la schizophrénie d'un patient que la pathologie de sa famille, qui serait à l'origine de sa maladie mentale. (**Le grand dictionnaire de la psychologie, LAROUSSE, 2011, P.822**).

**9- Les facteurs dysfonctionnels de la famille d'un schizophrène :****9.1 Troubles de la communication :**

Les troubles de la communication qui se manifestent au niveau de l'attention ont été étudiés (tests) en premier par Wynne et Singer (1965), chez des familles ayant un ou plusieurs membres schizophrènes. L'accent était mis sur deux paramètres : le style et la forme de la pensée, et le degré de désorganisation du Moi. Ici ; l'attention est définie comme le mécanisme de sélection des perceptions, des idées ou des sentiments actualisées dans la communication. Plusieurs modèles sont décrits par exemple l'attention non dirigée, l'attention clairsemée et circonstanciée, l'attention parasitée de l'extérieur...etc. chez les parents de schizophrènes qui utilisent le style amorphe (bavardage diffus : les membres de la famille ne parviennent pas à formuler ou à polariser leurs opinions et positions respectives), la passation des tests dénote une relation symbiotique rigide, alors que chez les parents utilisant le style fragmenté (un focus est momentanément établi, mais il n'est ni intégré ni maintenu au cours de la séquence), les relations sont inadaptées et très fluctuantes, passant brusquement de l'éloignement excessif au rapprochement de l'éloignement excessif au rapprochement brutal et intense. (**Gérard SALEM, 2005, p.87**).

**9.2 Facteur d'émotions, conflits et pseudo-conflit :**

Des aménagements dysfonctionnels des interactions affectives sont identifiables dans certaines familles, particulièrement lorsque la tension émotionnelle est forte. Les familles de schizophrènes se distinguent souvent par une extrême pauvreté affective des échanges, et par une distribution inadéquate des rôles affectifs. C'est là un terrain propice à l'élaboration d'une mythologie défensive stéréotypée et factice : « l'entente cordiale », l'harmonie-à-tout-prix », ou au contraire, des pseudo-conflits ayant surtout pour effet de détourner l'attention des vrais problèmes. (**Gérard SALEM, 2005, p.90**).

### 9.3 Dysfonctions territoriales :

Sont très fréquentes dans les familles dites « à transaction psychotique », dans lesquelles les frontières sont inexistantes entre les générations et entre les divers membres. Elles se caractérisent par une incohérence des relations hiérarchiques. L'absence d'une délimitation claire et fonctionnelle des territoires respectifs crée des crises dramatiques au moment des séparations naturelles (adolescence, émancipation à l'âge adulte, mariage, deuils...etc.). Fréquemment, un ou plusieurs membres deviennent symptomatiques, n'ayant qu'une perception fragmentée et insuffisante de leur identité. (**Ibid, 2005, p.80**).

### 10- Le rôle de la famille dans les soins d'un schizophrène :

L'apport des familles au soutien et à la réinsertion de leurs malades est nécessaire surtout quand un membre de la famille devient schizophrène, la famille est approximativement écrasée par un fardeau rendant presque impossible toute vie familiale normale. Le comportement incompréhensible et imprévisible du malade, la négation de la maladie et son caractère énigmatique, les sentiments de honte et de culpabilité des membres de la famille, tous ces éléments concurrents à figer la famille dans son ensemble dans le repli sur soi, le mutisme, l'isolement et l'immobilisme. L'attitude négative et critique de la parentèle et des amis, qui ne fait que refléter l'incompréhension générale, accentue encore leur solitude.

La famille, les proches sont accablés, choqués, tristes et souvent désespérés quand, après des semaines, voire des mois d'inquiétude, d'angoisses, d'incompréhension, le diagnostic de schizophrénie est enfin envisagé. Aucune maladie n'est plus lourde à porter que la schizophrénie qui se déclare. U.S.A. en 1955.

Les expériences vécues et rapportées par les associations de familles ont montré que:

1. Quand un membre de la famille devient malade, cela engendre chez les autres membres de la famille des sentiments de: crainte, honte, culpabilité, amertume, abattement, et une coupure avec le milieu social: entourage, familiaux, connaissances, relations, collègues de travail. Souvent, la maladie est niée ou présentée comme un incident. Ou au contraire, il arrive que la maladie, par son caractère obsédant, devienne le seul sujet de conversation encore abordé dans la famille; les proches se font mutuellement des reproches; les frères et sœurs du malade se sentent délaissés; les époux se chamaillent, allant parfois jusqu'à se séparer et entraînant famille et belle-famille dans les disputes et les accusations réciproques.

Quand un conjoint est malade mental, on trouve des divorces et des séparations. Les maris quittent leur femme schizophrène bien plus souvent que la femme ne se sépare du mari schizophrène. Et ce n'est que par des efforts et une patience parfois surhumains, que beaucoup d'épouses parviennent à maintenir à flot pendant des décennies un mari rendu tyrannique et insupportable par la schizophrénie, La charge presque intolérable est source d'insomnies et de rupture sociale, de consommation accrue d'alcool et de tranquillisants. (**Karine Albernhe, Thierry Albernhe, 2004, P. 93**).

2. Les membres de la famille redoutent particulièrement les symptômes « positifs » présents pendant les « crises » de la maladie, notamment le comportement agressif, les idées délirantes et les hallucinations. Ils ont peur des dangers qui guettent le malade, ou qu'il fait encourir aux autres à cause des situations qu'il provoque bien malgré lui ou sans s'en rendre compte. Leurs nuits sont perturbées, ils ont des difficultés avec le voisinage et l'entourage.

Ils supportent mal les signes négatifs tels qu'isolement, mutisme, indifférence, inaction, désintérêt, lenteur, indécision, manque de volonté et de motivation, négligence vestimentaire et non fiabilité de l'hygiène.

La mal information, au début, les membres de la famille ne reconnaissent pas les manifestations de la schizophrénie comme ces symptômes ; ils accusent - à tort - le malade de paresse, d'égoïsme, voire de méchanceté, d'être sale, négligent, mal soigné, bon à rien, non fiable. Redoutant les jugements, on essaye de cacher le malade à leurs regards. Les membres de la famille s'accommodent mal de ces "signes négatifs" et ont du mal à trouver "la bonne manière" dans leur relation avec le patient. Le climat familial s'en détériore d'autant plus.

**3.** La schizophrénie d'un membre de la famille est souvent cause de pertes financières considérables et peut même plonger la famille dans la pauvreté, si c'est justement le principal pourvoyeur financier qui se trouve atteint.

**4.** De nombreux parents supportent sans se plaindre les charges et les sacrifices souscrits pour s'occuper de leur malade. Ils essaient d'éviter l'hospitalisation autant que possible. Malheureusement ils ne reçoivent pas toujours toute l'aide qu'ils seraient en droit d'attendre des professionnels, ils estiment pourtant nécessaire d'éloigner le fils ou la fille de son milieu familial qu'ils accusent de causer la maladie; ou bien, quand l'époux étant atteint de schizophrénie, ils prétendent le protéger de son épouse en l'en séparant...etc.

Les expériences des familles révèlent que la mise en place et la prise en charge, sont devenues le nouveau personnel soignant à temps plein , elles qui pourtant mériteraient d'être aidées, soutenues, d'avoir de temps à autre un répit, plutôt que d'être critiquées et accusées de fautes imaginaires. Il faut fréquemment s'assurer qu'il continue à prendre son traitement médical aux dates et doses prescrites, ainsi, que ces rendez-vous, faute de quoi son état de santé,

inéluclablement, se détériorera encore un peu plus. (**Rigo Van Mear, 1997, p.74**).

### **11- Les manières de se comporter avec le patient schizophrène et sa maladie :**

Les souffrances du malade et de la famille peuvent être atténuées par:

1. l'attachement et l'instauration, dès le début des troubles, d'un traitement médicamenteux rationnel, approprié et correctement suivi et surveillé, ainsi, que la reconnaissance de la maladie comme un fait accompli, par le malade lui-même, mais aussi par tous les membres de la famille.
2. Un traitement médicamenteux correct, rationnel, continu sans arrêt, il est indispensable, même si le malade s'y oppose.
3. Le malade doit se soumettre à des contrôles médicaux réguliers.
4. La famille, les proches doivent soutenir activement le malade, l'encourager, l'aider, et s'entraider eux-mêmes. L'entourage dans son ensemble doit savoir que chacun devra désormais aménager et organiser sa vie différemment de ce qu'elle était par le passé, ce à quoi la plupart des psy , du moins dans notre pays, ne semblent pas accorder l'intérêt ni l'importance que pourtant cela mériterait.
5. il faut tenter de maintenir le malade au sein de sa famille, dans un environnement aussi stable, constant et calme. (**L'UNAFAM, 2006, p.95**).

### **12- Les besoins et les désirs exprimés par les familles :**

Au retour de l'hôpital, les personnes atteintes de schizophrénie et leur famille ont beaucoup de difficultés à surmonter. Voici ce qui a le plus aidé certaines familles lorsque les malades sont retournés dans la communauté :

- Lire des journaux et des livres sur la schizophrénie
- Parler avec le malade pour en apprendre d'avantage sur la maladie
- Obtenir le soutien des autres membres de la famille
- Obtenir du soutien pour la gestion de cas
- Participer aux réunions d'un groupe d'une société de schizophrénie
- Trouver un emploi à la personne schizophrène
- Le personnel de l'hôpital et le médecin de famille
- Garder un bon sens de l'humour
- Le soutien des services de police

**Conclusion :**

Il est bien conçu que la notion de la famille est véhiculée d'un rôle primordiale et central à profit du traitement d'un membre de la famille infectée par une maladie psychiatrique dite accablante appelée schizophrénie, a ce propos pour réussir à maitriser et à prendre en charge le malade dans sa famille il va de soie que cette dernière doit lui fournir un abri, une sécurité physique contre la violence (délinquance et agression), une sécurité morale et psychologique une stabilité familiale ou du moins une certaine sécurité affective.

# *Problématique et hypothèses*

### **Problématique :**

La santé mentale est le trésor le plus riche que l'homme possède, c'est à ce propos que la psychologie clinique est apparue pour en prendre soin. Autrement dit c'est l'une des sciences de l'homme qui a pour objet sa vie de relation, elle est en d'autres termes, la science des fonctions, l'organisation de la vie psychique, la structure de la conscience, la construction de la personnalité, les opérations qui sont à la base et au sommet de notre connaissance du monde objectif et de nos communications avec autrui, tous nos sentiments, toutes nos idées, toutes nos actions sont tout à la fois dépendantes de notre organisme et du milieu extérieur. (**Henry Ey, P. Bernard Et Ch. Brisset, 1989, p.03-05**).

Selon Freud notre personnalité s'organise dès notre naissance, et celle-ci a un sens très vaste et plus complexe et a changé de sens. On désigne par la personnalité « le masque du théâtre ». C'est la façon dont on se montre, le personnage social que l'on réalise, l'apparence externe tournée vers les autres. On fait partie d'un groupe, d'un clan, d'une équipe dont on adopte le costume, les manières, les réflexes ; dès lors on réalise un personnage, un rôle social avec ses privilèges, ses attitudes. La personnalité est alors le sens de l'être rassemblé autour de l'unicité de sa conscience, c'est le moi phénoménal. (**Debray. Q et Nollet. D, 2001, P.02**).

Dans ses Nouvelles Conférences sur la Psychanalyse ; Freud explique que si nous laissons tomber sur le sol un bloc de cristal, il se brise mais pas de façon quelconque ; les cassures bien qu'invisibles extérieurement jusque-là sont déjà déterminées de façon originale et immuable par le mode de structure préalable du cristal. Il en serait de même pour la structure psychique. Peu à peu, à partir de la naissance ou avant, en fonction de l'hérédité mais surtout du mode de relation aux parents dès les tout premiers moments de la vie, des frustrations, des traumatismes et des conflits rencontrés, en fonction aussi des mécanismes de défense, le psychisme individuel s'organise, se cristallise, tout comme le cristal

## **Problématique et hypothèses**

---

minéral, avec des lignes de clivage ne pouvant plus varier par la suite. ( **Freud .S, 2001, P.38**).

D'après le père fondateur de la psychanalyse, la structure de la personnalité se brise de la même manière que le cristal ; à savoir les maladies mentales chroniques qui ont spontanément une évolution continue ou progressive qui altère d'une façon durable l'activité psychique. Selon leur degré de potentiel destructeur, on peut distinguer les psychoses, elles se caractérisent par la perte du contact avec la réalité, la méconnaissance de l'état morbide et le pronostic relativement sombre de la maladie. Parmi les psychoses et les délires chroniques, la maladie mentale la plus fréquente est la schizophrénie, elle est caractérisée par une discordance entre la pensée, la vie émotionnelle et la réalité extérieure. La maladie se développe ordinairement entre l'âge de 15 ans et 25ans. Elle était autrefois désignée sous le nom de « démence précoce », par opposition à la « démence sénile » qui atteint les personnes âgées.

Kraepelin détermina le champ des schizophrénies actuelles par leur terminaison finale dans un état démentiel. Les traitements médicamenteux, des approches psychologiques et sociales de plus fines, une réforme complète de l'univers asilaire ont considérablement modifié ce pronostic. On sait maintenant qu'une schizophrénie nécessite le plus souvent un travail d'équipe pluridisciplinaire.

La famille est une communauté d'individus réunis par des liens de parenté établie par le sang (naissance) ,l'alliance(mariage) l'adoption ,il entraîne une obligation de solidarité morale, et matérielle existant dans toutes les sociétés humaines, elle est dotée d'un nom d'un domicile , et crée entre ses membres une obligation de solidarité morale et matérielle, censée les protéger et favoriser leur développement sociale .et Selon l'anthropologue français Claude Lévi-Strauss, la famille est à la fois une institution sociale, juridique et économique, qui existe dans toutes les sociétés humaines. Ses membres, unis par des liens légaux,

## **Problématique et hypothèses**

---

économiques et religieux, respectent tout un ensemble d'interdictions et de privilèges sexuels et se trouvent liés par des sentiments psychologiques tels que l'amour, l'affection et le respect, ces pistes favorisant la prise en charge du membre atteint de schizophrénie ;

Cependant certaines familles, certains proches de d'un patient schizophrène, ne disposent pas des qualités précédentes. Alors elles rencontrent des difficultés dans la compréhension des dispositifs mis en place.

C'est ainsi afin de mieux cerner notre sujet de recherche nous amenons à poser la question suivante :

- **Quel est le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie paranoïde ?**

À partir des données théoriques et pratiques on propose les hypothèses suivantes :

### **1. Hypothèse principale :**

- Le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie paranoïde est important.

### **2. Hypothèses opérationnelles :**

- La famille d'une personne atteinte de schizophrénie paranoïde est démissionnaire.
- La famille d'une personne atteinte de schizophrénie paranoïde est portante.

*Deuxième partie :*

*La partie pratique*

***Chapitre I :***  
***La méthodologie de recherche***

**Introduction :**

Après avoir achevé la partie théorique qui se focalise sur deux chapitres primordiaux qui se centrent sur la schizophrénie et la famille. À ce propos il va de soi que c'est nécessaire d'opter pour la mise en application d'une méthodologie adéquate a fin d'organisé notre travaille de recherche ; en utilisant quelques notions qui sont :

**1- La méthode de recherche:****1.1 La méthode clinique :**

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. **(Fernandez.L Et Pidinielli. J.L, 2006/1n84, P.43).**

La méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relevée aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits »(Lagache1949). **(Chahraoui. K Et Bénony. H, 2003, P.11).**

## **1.2 La méthode qualitative de recherche :**

Elle met l'accent sur la collecte de données principalement verbales plutôt que des données qui peuvent être mesurées. Les informations recueillies sont ensuite analysées de manière interprétative, objective, impressionniste. Son objectif principal est de fournir une description complète et détaillée du sujet de recherche.

## **2- Stratégie de recherche :**

### **2.1 Pré-enquête :**

Dans le but de valider notre question de départ et à fin d'aboutir à une question de recherche, on a réalisé notre pré-enquête en menant (02) deux entretiens avec des familles. Donc, on a pu interroger deux familles de patients souffrants de schizophrénie, l'une se compose du père, la mère, et deux sœurs mariées avec enfants.

Le père et la mère qu'on a rencontrés dans la salle lors de leur visite à leur fils âgé de 31 ans qui a été hospitalisé à cause du refus de prendre son traitement en disant que : « les médicaments me font mal et me donnent envie de vomir, ça me pique dans la langue et dans l'estomac », et il demande à sa mère de lui donner les siens (la maman souffre d'un trouble cardiaque), car elle prend son traitement sans que cela lui cause des problèmes.

Les parents de ce dernier ont l'air d'une famille simple, très compréhensible. Il s'agit d'une famille qui est toujours présente et qui est à la disposition de son enfant en lui servant à manger et lui donnant son traitement à l'heure et respectant les doses prescrites, ses habits sont toujours propres, il prend ses douches après ses activités sportives avec son cousin qui est aussi toujours présent en cas de besoins.

La mère à tendance a idéalisé son fils unique et n'arrête pas de parler de ses qualités en disant : « mon fils est un garçon bien, sympa, simple, bien éduqué, un travailleur a jour, après avoir quitté ses études au lycée » ; elle dit aussi que son fils est quelqu'un qui aime étudier, mais il a dû abandonner à cause des premiers symptômes de sa maladie (schizophrénie) qui ont été apparus à l'âge de 16ans. De même, les parents n'ont pas nié les agressions qui ont subis par leurs enfants, quand la mère se trouve seule a la maison au moment de son délire il la frappe avec n'importe quel objet qui se trouve près de lui (et du coup elle sort avec son mari dès quelle le perçoit dans cet état pour éviter le malheur), ou dès l'arrivée de ses sœurs mariées il les déteste, car elles vivent plus a la maison, ou bien sûre lors de son refus de prendre ses médicaments. Son oncle maternel est atteint de schizophrénie depuis 43ans.

C'est une famille qui a suivi cette maladie depuis son apparition avec les moindres détails que se soit ses signes que s'est son traitement et qui cherche à ce jour d'en savoir plus.

## **2.2 Présentation Du lieu de recherche :**

Notre stage a été effectué au CHU de Bejaia, au service de psychiatrie unité de Frantz fanon. Ce dernier et le plus ancien hôpital de la willaya, il a été construit en 1888.

### **Présentation du service :**

Le service est scindé en deux unités :

**Le service homme :** avec 12 lits, une coure, un salon, ce dernier et aussi devisé en deux (la salle commune, et le bloc d'isolement avec 06 chambres), un bureau du chef de service, et un autre pour les urgences accompagner d'une salle de soins et une salle d'attente.

**Le service femme :** avec 08 lits une petite cour, une cuisine, une salle, 03 chambres d'isolement, un bureau de consultation, un autre pour le médecin-chef.

**Capacité humaine :**

-05 psychiatres

- 02 généralistes

- 01 résidente

- 02 psychologues

**2.3 Les conditions de la recherche :**

Notre stage pratique a duré (116) jours, à savoir du 15 février jusqu'au 31 mai 2015, au service de psychiatrie à l'hôpital de « FRANTZ Fanon » de Bejaïa. Au près des personnes souffrantes de schizophrénie paranoïde; à ce titre, nous avons effectué trois (03) mois de pratique sans avoir la population d'étude souhaitée c'est-à-dire les patients ayant plusieurs hospitalisations ; pour la présente raison on opte de prolonger notre séjour pour quinze (15) jours de plus à fin d'obtenir notre groupe et de compléter la recherche.

**2.4 Le déroulement de l'entretien :**

Après avoir sélectionné notre population de recherche, on a pu profiter des moments de la visite pour contacter les familles de nos cas et avoir leur accord pour nous répondre aux questions du guide d'entretien destiné à la famille. Notre stage pratique s'est déroulé comme suit :

- On a cherché dans les dossiers des patients et on a récupéré toutes les informations nécessaires.

- On a observé les patients de loin en essayant de comprendre leur cas.
- Ensuite on a fait des entretiens avec les familles des cas choisis.
- On a aussi fait des entretiens avec chaque cas.
- A la fin on a fait une présentation de chaque cas.

### 3- Le groupe de recherche :

Notre thème de recherche se focalise sur le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie de forme paranoïde.

Au niveau du service psychiatrique de l'hôpital de « FRANTZ Fanon de Bejaïa », nous avons eu la possibilité de trouver des patients psychotiques en générale et les schizophrènes de forme paranoïde en particulier ; on a prélevé quatre cas qui nous ont servi de part pour mener notre recherche sur le terrain. On a insérer un tableau dans lequel on a présenté notre groupe de recherche.

<b>Cas</b>	<b>Cas de Kamel</b>	<b>Cas de Aimad</b>	<b>Cas de Saliha</b>	<b>Cas de Mourad</b>
<b>Sexe</b>	Masculin	Masculin	Féminin	Masculin
<b>Age</b>	64 ans	26 ans	46 ans	43 ans
<b>Niveau d'instruction</b>	6 <sup>e</sup> année fondamentale	3 <sup>e</sup> année licence	6 <sup>e</sup> année fondamentale	6 <sup>e</sup> année fondamentale
<b>Situation familiale</b>	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Célibataire
<b>Situation socioprofessionnelle</b>	Invalide	Etudiant	Sans profession	Pâtissier
<b>Diagnostic de sortie de l'hôpital</b>	Schizophrénie paranoïde	Schizophrénie paranoïde	Schizophrénie paranoïde	Schizophrénie paranoïde

On a opté un prélèvement de quatre cas souffrants de schizophrénie de forme paranoïde, dont leur âges varis de 24 à 64 ans, au niveau du service « homme » on a prélever trois cas qui ont possédés de plusieurs hospitalisations, et un seul cas dans le service « femme », elle était la seule patiente de ce service à avoir une schizophrénie de forme paranoïde.

Par ailleurs, le service de psychiatrie est plein de patients avec tout types de maladies mentales « des psychoses aiguës, troubles bipolaires, schizophrénie simple, schizophrénie désorganisée, schizophrénie forme, psychose du post partum, troubles schizophréniques et dépression aiguë ; on peut clairement trouver ces maladies chez les deux sexes et de ranche d'âge différente.

#### **4- L`outil de recherche :**

##### **4.1 Entretien clinique de recherche :**

L`entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d`information (A. Blanchet, 1985). Il s`agit d`un dispositif par lequel une personne A favorise la production d`un discours d`une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de B. **(Bénony .H, Chahraoui .K, 1999, P.64).**

##### **4.2 L`entretien semi-directif :**

L`entretien semi-directif, ou le chercheur dispose d`un guide de questions préparées à l`avance, mais non formulées d`avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. **(Bénony .H, Chahraoui. K, 1999, p.65).**

L`entretien semi-directif permet, par l`intermédiaire du guide d`entretien, de recueillir des informations pertinentes, relatives à l`hypothèse. L`entretien non directif peut aussi être mis en œuvre pour

construire un cas clinique, à valeur d'illustration des résultats d'une recherche. Toutes ces visées ne sont pas exclusives et correspondent souvent à des moments différents de la recherche: on explore, on valide puis on illustre. **(Fernandez. L Et Pidinielli. J.L, 2006/1n 84, P.49).**

### **4.3 Le guide d'entretien :**

Le guide d'entretien est l'ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer selon(A. Blanchet, en 1992) cité dans **(KH. Chahraoui, H. Benony, 2005, p.68).**

On a préparé deux guides d'entretien, l'un d'eux est destiné aux personnes atteintes de la schizophrénie paranoïde, il est composé de deux (02) axes, le premier axe « informations sur la maladie psychiatrique » est constitué de deux (02) questions et l'autre « information sur la prise en charge familiale » composé de trois (03) questions ; qui nous permettra de recueillir des données sur la famille et la prise en charge de son malade schizophrène.

Le second guide est destiné aux familles des personnes souffrantes de schizophrénie qui est composé de cinq (05) axes. Chaque axe est constitué de questions principales en relation directe avec notre recherche et d'autres secondaires posées pour recueillir plus d'informations possibles sur le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie. Les questions posées sont de type semi-directif, elles sont formulées en langue française, arabe et kabyle à fin d'assurer la bonne compréhension de celles-ci.

Nous avons fait des entretiens avec les personnes souffrantes de schizophrénie paranoïde, à une journée de leurs sorties de l'hôpital à savoir qu'elles sont rassérénées sur le plan psychique et retrouvent la

réalité ; comme on a interrogé les familles durant leurs visites pour le membre hospitalisé. Les guides d'entretien se présentent comme suit :

#### **4.3.1 Guide d'entretien destiné aux personnes souffrantes de schizophrénie paranoïde:**

**Information sur la maladie psychiatrique :** notre but est de déterminer l'état du patient au moment de notre entretien avec lui et bien entendu de récolter des données sur sa maladie psychiatrique.

**Information sur la prise en charge familiale :** nous essayons de savoir quel genre d'image que les patients souffrants de schizophrénie ont sur leur famille.

#### **4.3.2 Guide d'entretien destiné aux familles de personnes souffrantes de schizophrénie paranoïde :**

**Informations sur la maladie psychiatrique :** dans ce premier axe nous avons posé des questions qui nous permettront d'avoir des informations sur la maladie psychiatrique du patient et surtout pour savoir si la famille suit bien son patient dès le début de sa maladie mentale.

**Informations sur la consultation :** ici nos questions ont été soulevées d'une façon directe pour être informé du genre de consultation du patient à savoir psychiatrique générale ou traditionnelle ; ce qui nous montrera la réaction de la famille à ce stade.

**Côté relationnel et familial :** nos questions ici sont portantes sur le type de relation qui est entre la famille et son patient.

**Information sur la rechute :** Dans cet axe nous avons posé des questions sur le nombre de rechutes du patient et la cause de leurs manifestations.

**Informations sur la prise en charge familiale durant l'hospitalisation :** Notre but ici est de savoir ou de repérer ma manière dont la famille prend en charge son patient à l'hôpital.

**Informations sur les connaissances de la famille :** Dans cette direction nous nous sommes permis de chercher à savoir si les familles se donnent la peine de s'informer sur la maladie mentale qu'est la schizophrénie ou elles cherchent à en avoir des renseignements en ce qui concerne cette dernière qui est complexe.

**Rôle de famille dans la prise en charge :** dans ce dernier axe nous cherchons à avoir des renseignements sur le rôle de la famille et bien entendu des parents dans la prise en charge de leur fille/fils souffrant (e) de schizophrénie.

#### **4.4 Les dossiers médicaux :**

Dans le but de recueillir des informations sur notre population d'étude s'agissant de quatre cas ; on a pu avoir leur dossiers médicaux dans l'objectif d'extraire des données personnelles; sur la maladie psychiatrique et sur le rôle de la famille dans la prise en charge du malade psychotique.

#### **Conclusion :**

Pour mener à terme notre recherche on s'est focaliser sur ce chapitre méthodologie, à fin de suivre les démarches compatibles et convenables, pour atteindre nos objectifs qui sont autour du rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie.

**Introduction :**

Après avoir achevé la partie théorique qui se focalise sur deux chapitres primordiaux qui se centrent sur la schizophrénie et la famille. À ce propos il va de soi que c'est nécessaire d'opter pour la mise en application d'une méthodologie adéquate a fin d'organisé notre travaille de recherche ; en utilisant quelques notions qui sont :

**1- La méthode de recherche:****1.1 La méthode clinique :**

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. **(Fernandez.L Et Pidinielli. J.L, 2006/1n84, P.43).**

La méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relevée aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits »(Lagache1949). **(Chahraoui. K Et Bénony. H, 2003, P.11).**

## **1.2 La méthode qualitative de recherche :**

Elle met l'accent sur la collecte de données principalement verbales plutôt que des données qui peuvent être mesurées. Les informations recueillies sont ensuite analysées de manière interprétative, objective, impressionniste. Son objectif principal est de fournir une description complète et détaillée du sujet de recherche.

## **2- Stratégie de recherche :**

### **2.1 Pré-enquête :**

Dans le but de valider notre question de départ et à fin d'aboutir à une question de recherche, on a réalisé notre pré-enquête en menant (02) deux entretiens avec des familles. Donc, on a pu interroger deux familles de patients souffrants de schizophrénie, l'une se compose du père, la mère, et deux sœurs mariées avec enfants.

Le père et la mère qu'on a rencontrés dans la salle lors de leur visite à leur fils âgé de 31 ans qui a été hospitalisé à cause du refus de prendre son traitement en disant que : « les médicaments me font mal et me donnent envie de vomir, ça me pique dans la langue et dans l'estomac », et il demande à sa mère de lui donner les siens (la maman souffre d'un trouble cardiaque), car elle prend son traitement sans que cela lui cause des problèmes.

Les parents de ce dernier ont l'air d'une famille simple, très compréhensible. Il s'agit d'une famille qui est toujours présente et qui est à la disposition de son enfant en lui servant à manger et lui donnant son traitement à l'heure et respectant les doses prescrites, ses habits sont toujours propres, il prend ses douches après ses activités sportives avec son cousin qui est aussi toujours présent en cas de besoins.

La mère à tendance a idéalisé son fils unique et n'arrête pas de parler de ses qualités en disant : « mon fils est un garçon bien, sympa, simple, bien éduqué, un travailleur a jour, après avoir quitté ses études au lycée » ; elle dit aussi que son fils est quelqu'un qui aime étudier, mais il a dû abandonner à cause des premiers symptômes de sa maladie (schizophrénie) qui ont été apparus à l'âge de 16ans. De même, les parents n'ont pas nié les agressions qui ont subis par leurs enfants, quand la mère se trouve seule a la maison au moment de son délire il la frappe avec n'importe quel objet qui se trouve près de lui (et du coup elle sort avec son mari dès quelle le perçoit dans cet état pour éviter le malheur), ou dès l'arrivée de ses sœurs mariées il les déteste, car elles vivent plus a la maison, ou bien sûre lors de son refus de prendre ses médicaments. Son oncle maternel est atteint de schizophrénie depuis 43ans.

C'est une famille qui a suivi cette maladie depuis son apparition avec les moindres détails que se soit ses signes que s'est son traitement et qui cherche à ce jour d'en savoir plus.

## **2.2 Présentation Du lieu de recherche :**

Notre stage a été effectué au CHU de Bejaia, au service de psychiatrie unité de Frantz fanon. Ce dernier et le plus ancien hôpital de la willaya, il a été construit en 1888.

### **Présentation du service :**

Le service est scindé en deux unités :

**Le service homme :** avec 12 lits, une coure, un salon, ce dernier et aussi devisé en deux (la salle commune, et le bloc d'isolement avec 06 chambres), un bureau du chef de service, et un autre pour les urgences accompagner d'une salle de soins et une salle d'attente.

**Le service femme :** avec 08 lits une petite cour, une cuisine, une salle, 03 chambres d'isolement, un bureau de consultation, un autre pour le médecin-chef.

**Capacité humaine :**

-05 psychiatres

- 02 généralistes

- 01 résidente

- 02 psychologues

**2.3 Les conditions de la recherche :**

Notre stage pratique a duré (116) jours, à savoir du 15 février jusqu'au 31 mai 2015, au service de psychiatrie à l'hôpital de « FRANTZ Fanon » de Bejaïa. Au près des personnes souffrantes de schizophrénie paranoïde; à ce titre, nous avons effectué trois (03) mois de pratique sans avoir la population d'étude souhaitée c'est-à-dire les patients ayant plusieurs hospitalisations ; pour la présente raison on opte de prolonger notre séjour pour quinze (15) jours de plus à fin d'obtenir notre groupe et de compléter la recherche.

**2.4 Le déroulement de l'entretien :**

Après avoir sélectionné notre population de recherche, on a pu profiter des moments de la visite pour contacter les familles de nos cas et avoir leur accord pour nous répondre aux questions du guide d'entretien destiné à la famille. Notre stage pratique s'est déroulé comme suit :

- On a cherché dans les dossiers des patients et on a récupéré toutes les informations nécessaires.

- On a observé les patients de loin en essayant de comprendre leur cas.
- Ensuite on a fait des entretiens avec les familles des cas choisis.
- On a aussi fait des entretiens avec chaque cas.
- A la fin on a fait une présentation de chaque cas.

### 3- Le groupe de recherche :

Notre thème de recherche se focalise sur le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie de forme paranoïde.

Au niveau du service psychiatrique de l'hôpital de « FRANTZ Fanon de Bejaïa », nous avons eu la possibilité de trouver des patients psychotiques en générale et les schizophrènes de forme paranoïde en particulier ; on a prélevé quatre cas qui nous ont servi de part pour mener notre recherche sur le terrain. On a insérer un tableau dans lequel on a présenté notre groupe de recherche.

<b>Cas</b>	<b>Cas de Kamel</b>	<b>Cas de Aimad</b>	<b>Cas de Saliha</b>	<b>Cas Mourad</b>
<b>Sexe</b>	Masculin	Masculin	Féminin	Masculin
<b>Age</b>	64 ans	26 ans	46 ans	43 ans
<b>Niveau d'instruction</b>	6 <sup>e</sup> année fondamentale	3 <sup>e</sup> année licence	6 <sup>e</sup> année fondamentale	6 <sup>e</sup> année fondamentale
<b>Situation familiale</b>	Célibataire	Célibataire	Célibataire	Célibataire
<b>Situation socioprofessionnelle</b>	Invalide	Etudiant	Sans profession	Pâtissier
<b>Diagnostic de sortie de l'hôpital</b>	Schizophrénie paranoïde	Schizophrénie paranoïde	Schizophrénie paranoïde	Schizophrénie paranoïde

On a opté un prélèvement de quatre cas souffrants de schizophrénie de forme paranoïde, dont leur âges varis de 24 à 64 ans, au niveau du service « homme » on a prélever trois cas qui ont possédés de plusieurs hospitalisations, et un seul cas dans le service « femme », elle était la seule patiente de ce service à avoir une schizophrénie de forme paranoïde.

Par ailleurs, le service de psychiatrie est plein de patients avec tout types de maladies mentales « des psychoses aiguës, troubles bipolaires, schizophrénie simple, schizophrénie désorganisée, schizophrénie forme, psychose du post partum, troubles schizophréniques et dépression aiguë ; on peut clairement trouver ces maladies chez les deux sexes et de ranche d'âge différente.

#### **4- L`outil de recherche :**

##### **4.1 Entretien clinique de recherche :**

L`entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d`information (A. Blanchet, 1985). Il s`agit d`un dispositif par lequel une personne A favorise la production d`un discours d`une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de B. **(Bénony .H, Chahraoui .K, 1999, P.64).**

##### **4.2 L`entretien semi-directif :**

L`entretien semi-directif, ou le chercheur dispose d`un guide de questions préparées à l`avance, mais non formulées d`avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. **(Bénony .H, Chahraoui. K, 1999, p.65).**

L`entretien semi-directif permet, par l`intermédiaire du guide d`entretien, de recueillir des informations pertinentes, relatives à l`hypothèse. L`entretien non directif peut aussi être mis en œuvre pour

construire un cas clinique, à valeur d'illustration des résultats d'une recherche. Toutes ces visées ne sont pas exclusives et correspondent souvent à des moments différents de la recherche: on explore, on valide puis on illustre. **(Fernandez. L Et Pidinielli. J.L, 2006/1n 84, P.49).**

### **4.3 Le guide d'entretien :**

Le guide d'entretien est l'ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer selon(A. Blanchet, en 1992) cité dans **(KH. Chahraoui, H. Benony, 2005, p.68).**

On a préparé deux guides d'entretien, l'un d'eux est destiné aux personnes atteintes de la schizophrénie paranoïde, il est composé de deux (02) axes, le premier axe « informations sur la maladie psychiatrique » est constitué de deux (02) questions et l'autre « information sur la prise en charge familiale » composé de trois (03) questions ; qui nous permettra de recueillir des données sur la famille et la prise en charge de son malade schizophrène.

Le second guide est destiné aux familles des personnes souffrantes de schizophrénie qui est composé de cinq (05) axes. Chaque axe est constitué de questions principales en relation directe avec notre recherche et d'autres secondaires posées pour recueillir plus d'informations possibles sur le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie. Les questions posées sont de type semi-directif, elles sont formulées en langue française, arabe et kabyle à fin d'assurer la bonne compréhension de celles-ci.

Nous avons fait des entretiens avec les personnes souffrantes de schizophrénie paranoïde, à une journée de leurs sorties de l'hôpital à savoir qu'elles sont rassérénées sur le plan psychique et retrouvent la

réalité ; comme on a interrogé les familles durant leurs visites pour le membre hospitalisé. Les guides d'entretien se présentent comme suit :

#### **4.3.1 Guide d'entretien destiné aux personnes souffrantes de schizophrénie paranoïde:**

**Information sur la maladie psychiatrique :** notre but est de déterminer l'état du patient au moment de notre entretien avec lui et bien entendu de récolter des données sur sa maladie psychiatrique.

**Information sur la prise en charge familiale :** nous essayons de savoir quel genre d'image que les patients souffrants de schizophrénie ont sur leur famille.

#### **4.3.2 Guide d'entretien destiné aux familles de personnes souffrantes de schizophrénie paranoïde :**

**Informations sur la maladie psychiatrique :** dans ce premier axe nous avons posé des questions qui nous permettrons d'avoir des informations sur la maladie psychiatrique du patient et surtout pour savoir si la famille suit bien son patient dès le début de sa maladie mentale.

**Informations sur la consultation :** ici nos questions ont été soulevées d'une façon directe pour être informé du genre de consultation du patient à savoir psychiatrique générale ou traditionnelle ; ce qui nous montrera la réaction de la famille à ce stade.

**Côté relationnel et familial :** nos questions ici sont portantes sur le type de relation qui est entre la famille et son patient.

**Information sur la rechute :** Dans cet axe nous avons posé des questions sur le nombre de rechutes du patient et la cause de leurs manifestations.

**Informations sur la prise en charge familiale durant l'hospitalisation :** Notre but ici est de savoir ou de repérer ma manière dont la famille prend en charge son patient à l'hôpital.

**Informations sur les connaissances de la famille :** Dans cette direction nous nous sommes permis de chercher à savoir si les familles se donnent la peine de s'informer sur la maladie mentale qu'est la schizophrénie ou elles cherchent à en avoir des renseignements en ce qui concerne cette dernière qui est complexe.

**Rôle de famille dans la prise en charge :** dans ce dernier axe nous cherchons à avoir des renseignements sur le rôle de la famille et bien entendu des parents dans la prise en charge de leur fille/fils souffrant (e) de schizophrénie.

#### **4.4 Les dossiers médicaux :**

Dans le but de recueillir des informations sur notre population d'étude s'agissant de quatre cas ; on a pu avoir leur dossiers médicaux dans l'objectif d'extraire des données personnelles; sur la maladie psychiatrique et sur le rôle de la famille dans la prise en charge du malade psychotique.

#### **Conclusion :**

Pour mener à terme notre recherche on s'est focaliser sur ce chapitre méthodologie, à fin de suivre les démarches compatibles et convenables, pour atteindre nos objectifs qui sont autour du rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie.

***Chapitre II :***  
***Présentation, analyse et***  
***discussion des résultats***

**Introduction:**

Dans ce chapitre nous allons passer à la présentation et l'analyse des résultats de l'outil d'investigation « le guide d'entretien » qu'on a utilisé en stage pratique avec la population d'étude qui s'agit de quatre cas, sur laquelle nous allons pouvoir confirmer ou infirmer les hypothèses qu'on a pu élaborer au début de notre travail de recherche.

**1- Présentation et analyse des résultats du cas de Kamel :****1.1 Présentation du cas :**

Monsieur Kamel, âge de 64, originaire et demeurant de Bejaia, célibataire, d'une taille corpulence moyenne, barbe longue, ancien champion d'Algérie de judo, il a pris beaucoup de titres, célèbre à son époque, travaillait comme caissier facturier, sortait en valide de 80% en 2005, actuellement il a pris sa retraite (d'après un parent). Hospitalisé plusieurs fois suite aux troubles du comportement et d'arrêt thérapeutique.

Pour ces antécédents familiaux, sa Mère est âgée de 83ans avait un AVC ressèment. Son Père décédé à l'âge de 87ans en 2014, il ne souffre aucune maladie médicale ou psychiatrique. Monsieur Kamel est l'aîné d'une fratrie composé de deux garçons et Cinq filles, ces derniers ne présentent aucun antécédent psychiatrique. Ce qui explique qu'il ne souffre d'aucune affection médicale ou chirurgicale particulière, sa première hospitalisation était à l'âge de 35 ans pour trouble de comportement. Il consommait de l'alcool et du tabac.

Début de ces troubles remonte à l'âge de 27age, suite à un choc affectif marqué pour troubles de comportement. Hospitalisé à multiple reprise (27 fois) depuis 1986 jusqu'au mai 2015 pour à l'hôpital Frantz fanon, il était aussi hospitalisé en 1988, au service 1 du DR Lugwowski au C.H.S de Villejuif sur Paris, pour trouble du comportement survenant les premiers hallucinations, ils l'ont mit sous traitement.

A l'âge de 38ans, le patient ramené par sa famille pour rechute et arrêt thérapeutique, dont il est resté plusieurs mois sous observation. Ramené dans un état grave, ongles longs, grosse barbe. Mis sous traitement a l'hôpital, il commençait à s'améliorer petit à petit, après sa sortie il continue le suivi de la consultation et d'après son dossier le patient est toujours accompagné par son père à ses rendez-vous, en consultation ils ont noté qu'il ya une bonne amélioration, un bon contact et une propre cohérence.

De 39 à 42 ans, le patient admit à l'hôpital suite à une rechute pour arrêt thérapeutique, le patient rapportait un délire mystique, des hallucinations auditives, troubles de comportement, et dans les années 2000,2012 monsieur Kamel arrête son traitement, fuit de la maison et vivait dans la forêt, sa famille l'emmène en urgence à l'hôpital dés qu'ils le retrouvent, à l'entretien, il est parfois propre, incohérent, ou un délire flou, les médecins l'admettaient pour quelques jours ou quelques mois puis le mettaient sous traitement jusque a ce qu'il devienne stable, à sa sortie de l'hôpital il partait voir son médecin traitant et toujours accompagné par son père, ce dernier qui aide bien le médecin, il lui parlait de son comportement à la maison, son sommeil, s'il s'est amélioré ou non, son appétit, et sur sa prise de traitement.

A l'âge de 62 ans, le père de monsieur Kamel tomba malade, l'état mental du patient s'aggravait, c'est son neveu qui l'accompagnait a ses consultations, d'après son dossier, de novembre jusqu'à mars 2013 le patient était propre, avec un bon contact et un discours clair. En juin 2014 le patient vu avec son neveu avait un comportement stable, son père décéda il ya une semaine, d'après monsieur à ne part plus à sa consultation.

A l'âge de 64 ans, monsieur Kamel ramené par sa famille à l'hôpital de Frantz Fanon de Bejaia, dans un tableau clinique est fait de: incurie, délire, hallucinations, tenue vestimentaire inadaptée. Il a été mis sous traitement

durant un mois, son état s'améliorer, il devenait stable sur le plan comportemental.

Vu le malade détérioré par la maladie, et a la demande de sa famille les médecins l'ont orienté pour un placement d'office dans un centre de maladie chronique, pour une prise en charge favorable vue les fugues répétitives du monsieur Kamel, un cousin est opté pour assuré le déplacement.

## **1.2 Présentation et analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient :**

### **1.2.1 Présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient :**

Monsieur Kamel est complètement instable c'était impossible de mener un entretien avec lui tout en en lui posant des questions, il nous regarde en souriant, puis il chantait, on essayait d'attiré son attention pour se concentrer sur nous il nous disait « *zik ligh champion d'Algérie toura katheniyi lewachoul* » puis il reprend et il se met à chanter a haute voix, mais il n'était pas agressif.

### **1.2.2 Analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient :**

Dans l'entretien on n'a pas peut avoir d'information, on a juste constaté que le patient et dans la projection, il vivait dans son monde, il ne pouvait même pas mener une discussion correcte qui peut reste une long duré.

### **1.3 Présentation et analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné à la famille :**

#### **1.3.1 Présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné à la famille :**

Selon un cousin le début de la maladie remonte à l'âge de 27ans, il voulait se marier avec une fille du village, mais ses parents n'ont pas accepté sa demande. Et sa première consultation et son hospitalisation psychiatrique remontait à l'âge de 35 ans. Au début, c'était l'isolement « un signe dépressif »il évitait les contacts avec les gents, insomnie, perte d'appétit, agressivité.il n'aimait pas changer ses vêtements, il ne se lave pas et il ne se coiffe plus, et il se laisse abandonner.

Pour consultation la première fois où ils l'ont pris pour une thérapie traditionnelle et de deux à trois fois, pour lui faire « rokiya chariya », mais les résultats étaient négatives son état et ses comportements n'ont pas changé. Après son état s'aggrave, et puisqu'il ya un potentiel de dangerosité, ils ont directement pris à l'hôpital de psychiatrie. Il n'a pas accepté au début, pour lui il n'est pas malade, il ne nécessitait pas le traitement.

La prise du traitement se fusait par son père, car il le respecte, a par le père monsieur Kamel n'accepte personne pour lui donner son traitement.sa mère et ses sœurs ont peur de lui par ce que il les frappées.

Sa maladie est difficile vu son cas est son état, il n'ya personne qui peut le prendre en charge vue que sa mère est âgée, ajoutant qu'il refuse d'effectuer son traitement et avec ses fugues juste pour le retrouver c'est très difficile.

C'est son père qui l'accompagnait pour consultation quand il était vivant, il l'accompagné deux à trois fois.

Il faisait beaucoup de rechutes, il est détérioré de la maladie. Il rechutait par ce qu'il arrêtait son traitement, reste à croire qu'il n'est pas malade et il ne nécessitait pas un traitement thérapeutique.

Lorsqu'il est hospitalisé, il ne lui rendait pas visite fréquemment, il travaille ce qui explique qu'il n'avait pas assez de temps. Il vient juste pour lui ramener des vêtements ou bien pour le faire sortir. Par conséquent, son cousin le voyais dont il le trouvait mieux stable et son discours restait le même sans un changement considérable à citer.

Des connaissances sur cette maladie schizophrénie, il ne connaît pas vraiment, juste que c'est une maladie psychiatrique difficile à traiter vue le cas de mon cousin, une maladie chronique le malade ne doit pas laisser son traitement.

Le rôle du père est de lui trouver une bonne prise en charge, pour cela il est entrain de chercher à son fils une place dans l'hôpital psychiatrique de Tizi-Ou pour un placement d'office dans un centre de maladie chronique.

### **1.3.2 Analyse des données du guide d'entretien du cas Kamel :**

D'après les réponses du cousin de monsieur Kamel le début de la maladie à commencé lors d'une déception amoureuse à un jeune âge. Puis les symptômes dépressifs apparaissent, ce qui fait un changement brusque du comportement qui nécessitait une prise en charge psychiatrique, le père de monsieur Kamel a fait tout ce qu'il pouvait, il l'accompagnait en consultation, en lui donnant son traitement, et viellant à ce qu'il soit toujours en bonne santé il espérait qu'il se stabilise. Mais l'état de Kamel était instable tout le temps détériorée, complètement abattu par la maladie vus son âge et l'âge des parents ainsi que le manque d'une prise en charge familiale ce qui causait les rechutes répétitives.

#### **1.4 Synthèse des données de l'analyse du cas Kamel :**

Vus l'âge du patient on a pu noter qu'il est complètement détérioré de la maladie qui a durée 37 ans, les arrêts répétitifs de prise de traitement le mettait face à plusieurs rechutes. Malgré les efforts qui ont été faites par son père quand il était, aucune évolution n'est observée. On note plusieurs hospitalisations (27 à hôpital de psychiatrie de Bejaia) sans oublier les hospitalisations à hôpital d'Oued Aissi de Tizi-Ouzou, et celle de Blida, dont le séjour durait en moyenne un mois.

La dégradation du cas de ce patient où il demeure tout le temps délirant, instable, incurie, discours incohérent, des fugues répétitifs durés des mois, des troubles de comportement, toujours sale. (D'après le dossier).

A partir de l'analyse des deux entretiens on a constaté que la famille est démissionnaire dans son rôle de prise en charge.

#### **2-Présentation et analyse des résultats du cas Aimad :**

##### **2.1 Présentation du cas Aimad:**

Monsieur Aimad est un jeune homme célibataire âgé de 26 ans, demeurant de Bejaia .d'une grande taille, brun de peau, barbe et cheveux bien rasés ; c'est un étudiant en troisième année de Licence à l'université de Bejaïa. Il n'occupe aucune profession pour le moment. Il a été orienté par son psychiatre traitant. Hospitalisé pour Rechute psychotique et velléité suicidaire.

Nous constatons que dans les antécédents familiaux, une Morbidité psychiatrique familiale négative. Mais dans ses Antécédents personnels : Il ne souffre d'aucune affection chirurgicale particulière. Le père rapporte la notion de polydipsie/ polyurie nocturne, monsieur K.I buvait jusqu'à 08 litres d'eau la nuit. Un suivi de quatre ans au milieu psychiatrique, mis sous thymorégulateur/antipsychotique, avec aucune hospitalisation durant ce temps.

Le début de la maladie de monsieur Aimad remonte à l'âge de 20 ans. Ses parents l'on amené à l'hôpital de FRENZ Fanon au service de psychiatrie et en lui a prescrit un traitement médicamenteux ; mais il ne le suivait pas convenablement ; il s'isolait dans sa chambre il ne mangeait pas bien. Sa première hospitalisation au milieu psychiatrique était en janvier 2013, son discours est clair, son sommeil est perturbé, insomnie, troubles avec errance, rapporte une baisse d'appétit avec amaigrissement important. Sa pensée est envahie par des idées obsédantes bizarres, du doute jusqu'à la conviction inébranlable, il explique qu'il était convaincu d'avoir commis un crime d'ou il a encastré une femme et qu'il renvoyait sans cesse la scène du crime et l'idée n'a disparu qu'après s'être présenté sur le supposé lieu du crime et fais l'interrogatoire sur place.

Actuellement il a l'impression qu'une force la commande et contrôle sa main et veut attenter à sa vie, mais lui ne veut pas mourir (acte imposé). En effet, Il a passé de longues heures face au miroir, mais ne rapporte pas des dysmorphobies.

Il ne verbalise pas des troubles perceptifs, par conséquent il nous explique que les gens et sa famille lui rapportent la notion de soliloque.

Il se plein d'actes imposés qu'il appelle des idées et elles ne lui appartiennent pas et qu'il lutte sans cesse contre celles-ci. Et l'acte imposé et l'idée de se donner la mort.

Il est toujours à l'hôpital et il confirme la polyurie/polydipsie dont son père à parler. Il est propre ; le contact est bon, sommeil amélioré, des idées obsessionnelles ; il disait ne plus avoir d'actes imposés ou d'image depuis qu'il a eu l'injection de valium, il a atteint une stabilisation mentale et il a eu la permission de sortir chez lui.

A l'âge de 26 ans, le sujet est venu, seule réclame de l'aide, disant avoir des impulsions à se tuer, d'ailleurs il présente une égratignure de la face, car il s'est frappé avec une arme.

## **2.2 Présentation et analyse données recueillies du guide d'entretien destiné au patient :**

### **2.2.1 Présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient :**

Monsieur Aimad disait que sa maladie remonte a ces dernières années, à ce moment il était complètement perturbé, triste, il ne comprenait pas ce qui lui est arrivé, son humeur change, tout était devenu noire, il ne comprenait rien sur le changement brusque de son état, sa famille lui dit toujours pourquoi a-t-il changé avant il n'était pas comme ça.

Sa famille a bien réagit face a sa maladie pour cela ils l'ont directement ramené à l'hôpital, parce qu'ils avaient peur qu'il lui arrivât quelque chose de mal. Actuellement son état est stable, il se sent mieux par rapport aux journées passées, sa famille était très contente de le voire ainsi.

Pour lui sa famille l'aide beaucoup, son père, sa mère et ses frères l'aiment.

Il dit : « *mes parents tehadaren-iyi mlih, tagadhan felli, ttqeliqen 3la khatar tthibin-iyi akkith, ur yi-ttajan ara ad khssegh g kra ama d lmakla, ama di drimen, ama dayen yellan ; nek daren tthibighthen akkith khaqegh ; uysegh melmi ara dfghegh saya khaqegh fellassen* ».

### **2.2.2 Analyse des données du guide d'entretien destiné au patient :**

D'après l'entretien semi-directif effectué avec monsieur Aimad, la veille de sa sortie de l'hôpital il rapporte un discours clair et un amaigrissement important, il est stable sur le plan psychomoteur sa tenue vestimentaire est correctement mise est propre, d'une bonne humeur. Il révèle que sa maladie

remontait à ces dernières années. Et du moment qu'il l'a découverte, il évoquait qu'il était triste.

Le patient vit un bon environnement familial, il est bien adapté à la maison, « *tehadaren-iyi mlih, tagadhan feli, ttqeliqen 3la khatar tthibin-iyi akkith, ur yi-ttajan ara ad khssegh gkra* ». On remarque aussi qu'il est optimiste.

### **2.3 Présentation et analyse données recueillies du guide d'entretien destiné à la famille:**

#### **2.3.1 Présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné à la famille :**

Selon le père de monsieur Aimad, le début de la maladie de son fils remonte à l'âge de 20 ans, sa première hospitalisation était à l'âge de 24 ans, il avait été hospitalisé au service de psychiatrie suite à une tentative de suicide.

En a pu reconnaître les signes du début de sa maladie lorsqu'il évitait les contacts, les sorties avec ses amies, il s'isolait dans sa chambre, il faisait semblant de dormir, petit à petit il perdait son appétit, et à chaque fois on essayait de le forcer il réagit par une agitation. Ainsi, il buvait jusqu'à huit litres d'eau la nuit.

Concernant la consultation, je le suis directement pris au service de psychiatrie à l'hôpital. Je n'ai pas eu de problème ni de difficulté pour le convaincre de consulter le médecin, il a accepté facilement la consultation juste pour nous convaincre qu'il n'est pas malade.

Concernant la prise de traitement, sa ce fait par moi-même, parce qu'il a peur de moi, j'utilise un peu la force, il est un peu vicieux, il faut être toujours présent pour bien surveiller s'il l'a avalé.

C'est difficile, ont vivent sa difficilement surtout à la maison, le moment de la prise du traitement, ainsi il reste collé au miroir si je ne le tire pas il peut rester toute la journée. Je l'accompagne à ces rendez-vous de consultation.

Pour les rechutes, il ne fait pas beaucoup parce qu'il prend son traitement. Il a déjà fait des rechutes et elles son pas dû à des arrêts thérapeutiques, car il était sous traitement, ont ignorait les causes.

Lorsqu'il est hospitalisé, je ne peux pas lui rendre visite fréquemment, car je travaille et je n'ai pas le temps. Mais le moment de la visite se déroule bien, il parle avec nous et à chaque fois il cherche les nouvelles des autres membres de la famille.

Je n'en ai aucune idée, sur cette maladie « la schizophrénie », je sais que mon rôle est de veiller sur lui, de le protéger, Comme vous savez la vie est difficile « *l'entourage ma yerhamche* ». En plus, je ne peux pas et je ne dois pas abandonner mon fils, car dans notre culture ce n'est pas faisable de laisser tomber un membre de sa famille, il est encore jeune, donc il faut qu'il guérisse pour tracer son avenir.

### **2.3.2 Analyse des données du guide d'entretien destiné à la famille :**

On a effectué un entretien semi-directif, avec le père de monsieur Aimad, il a répondu à toutes nos questions. On a constaté qu'il était stressé de voir son fils complètement abattu par le traitement, il espérait une amélioration rapide. D'après le parent à partir du moment où ils ont remarqué un changement inhabituel et des bizarreries du comportement de leurs fils, ils l'on amené directement pour une consultation psychiatrique sans avoir des difficultés vis-à-vis de cette dernière. Ils se sentent obligé d'accepter la maladie psychiatrique son fils, au mépris des difficultés rencontrées lors des prises du traitement et dans la prise en charge. On note que le père fait son devoir et fait tout ce qu'il

peut pour avoir la satisfaction de son fils en disant : « *je ne peux pas et je ne dois pas abandonner mon fils* ».

#### **2.4 Synthèse des données de l'analyse du cas Aimad :**

A partir de l'analyse des guides d'entretien destinés à monsieur KI et à sa famille, et de l'utilisation de son dossier médical et aussi de notre présence au sein du service psychiatrique d'où il a été hospitalisé pour cause de tentative de suicide tandis qu'il est sous traitement.

On a pu remarquer une absence des problèmes familiaux, et cela à partir des entretiens qu'on a effectués la preuve en est que le patient est très attaché à sa famille et qu'il s'entend à merveille avec tous les membres y compris le père.

La famille de monsieur Aimad prend bien soin de son enfant, vu son jeune âge et sa bonne éducation, il est le préféré de son père. Il a reçu une très bonne prise en charge à domicile en lui donnant son traitement et veiller à ce qu'il soit pris et en surveillant ses comportements de loin.

Durant son hospitalisation, on a remarqué qu'il recevait des visites régulièrement, on lui apportait des vêtements des desserts, de l'eau et des médicaments prescrits par le psychiatre du service ; et les moments des visites se déroulaient d'une manière satisfaisante et convenable pour les deux côtés. On a conclu que monsieur Aimad dispose d'une famille très bien portante.

### **3-Présentation, et analyse des résultats du cas Saliha:**

#### **3.1 Présentation du cas Saliha:**

Il s'agit de mademoiselle Saliha, âgé de 46 ans demeurant à Jijel, célibataire, sans profession, elle a arrêté ses études à un niveau qui ne dépasse pas 6e année primaire, elle était orientée par son médecin traitant de Jijel en urgence pour rechute thérapeutique cas psychotique. C'est la deuxième d'une fratrie composée de trois garçons et deux filles. Pour ces antécédents familiaux,

père et sœur cadette traités en psychiatrie. Elle souffre d'une hypotension et une Hétéro agressivité sur l'entourage, délire de persécution avec potentiel de dangerosité.

Mademoiselle Saliha est ramené par sa mère et sa sœur au service psychiatrique de Bejaia, le début du trouble remonte à l'âge de 18 ans, traité en psychiatrie à plusieurs reprises « hospitalisées a Jijel, Alger, Ain Abassa.

La patiente est à trois jours d'hospitalisation, stabilisée sur le plan comportemental reste dans l'opposition s'alimente difficilement ; elle reçoit le traitement difficilement, aussi signalé pour insomnie, car elle n'a pas reçue ses neuroleptiques à cause de son hypotension. Elle est plus au moins stable le matin et rationalisme morbide ; elle rapporte la persistance des hallucinations avec automatisme mental (hallucinations cénesthésiques).La patiente critique ses troubles et accepte de prendre le traitement en ambulation.

Selon la mère le début de la maladie de mademoiselle Saliha remonte a l'âge de 18ans, c'était au décès de sa défeinte tante souffrante d'un cancer, le jour ou ils ont lavé le corps de cette dernière qui était présente dans la salle où elle a due voir toute la scène et elle a même été mouillé par l'eau dont le corps étai lavé et puis elle était évanoui et on l'a ramenée en urgence a l'hôpital. Et depuis ce jour là son état s'est aggravé, elle faisait semblent d'avaler les médicaments après elle les crachait.

### **3.2 Présentation et analyse des données recueillies des guides d'entretien :**

#### **3.2.1 Présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient :**

Les débuts de la maladie remontaient a l'âge de 18 ans elle été ensorcelé; « hadouk hebab yema houma les ga3din i3assou fiya darouli sehour ». La première fois elle n'a pas accepté sa maladie, elle a refusé de prendre son

traitement. et sa famille a réagi ainsi, ils étaient dans leur maison à Alger, sa mère et sa petite sœur lui ont demandé de se préparer pour partir à Jijel (leur deuxième maison) pour passer quelques jours là-bas, car elle était agressive agitée, et finalement elles sont parties pour se retrouver à l'hôpital.

Elle se sent beaucoup mieux par rapport aux journées passées, maintenant elle n'entend plus des voix et elle se sent à l'aise et bien reposée, chaque jour elle espérait recevoir une visite de sa mère car elle lui manque beaucoup et elle veut retrouver les repas qu'elle lui prépare à la maison; sa mère et sa sœur étaient contentes de la voir dans cet état et espèrent la voir souvent stable. Sa mère lui dit qu'elle a l'air d'avoir une bonne mine et que cela fait longtemps qu'elle espérait la voir en bonne santé, car ça lui faisait de la peine de la voir malade, maintenant elle a pris la place de sa grande sœur décédée durant la grossesse.

Sa famille l'aide beaucoup notamment sa mère car elles restent toujours ensemble à la maison, (laver son linge, lui préparer à manger), elle la surveille tout le temps, le soir elle vérifie si elle dort ou pas, une seule journée passée sans venir le faire ; mais il lui arrive parfois d'avoir envie de rester seule. Mademoiselle KS faisait la même chose avec sa petite sœur quand elle rentre de l'université, mais l'aide beaucoup malgré tout ce qu'elle lui fait comme bêtise. Par contre son père voyait que l'argent, il ne sait rien et il ne se rend compte de plus rien, quand la date de son paiement, il part retirer son argent parfois seul ou accompagné avec sa mère, mais il ne lui donne aucun sou, juste fait des courses le jour même et puis il garde le reste de l'argent pour lui. Ça leur arrivait de rester à gène car ça n'a rien mangé c'est les voisins qui leur donnaient de la nourriture ; malgré tout cela elle aime comme même son père malgré qu'il est dur, elle sait bien qu'il est malade, c'est elle qui lui donnait ses médicaments à chaque.

### **3.2.2 Analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient :**

Mademoiselle Saliha commençait à se stabiliser, l'entretien est passé dans de bonnes conditions, elle a répondu aux questions et vus ses repenses elle était contente pour l'amélioration de son état, la diminution des hallucinations.

Elle pense toujours qu'elle est ensorcelée, sa famille lui manquait elle attendait que quelqu'un lui rende visite, elle n'arrêtait pas de parler des efforts de sa mère pour, du mal que son père leur à fait subir, mais malgré ca elle l'aimait toujours, car elle comprend qu'il est malade.

### **3.3 Présentation et analyse des données du guide d'entretien destiné à la famille :**

#### **3.3.1Présentation des données recueillie du guide d'entretien destiné à la famille :**

Selon la Mère le début de la maladie de sa fille remonte a l'âge de dix-huit ans, pour une tentative de suicide, Elle fusait des agitations « *tebqa t3ayat otkassar* ». Ils la prenaient pour faire une thérapie traditionnelle cela dure jusqu'à présent.

Selon la petite sœur, cela fais longtemps qu'elle fait des thérapies traditionnelles, mais ca na rien changer sans aucun d'évolution, elle voit que ces thérapies ne guérissent pas ce genre de maladie. Elle apporte que sa sœur Saliha n'a pas accepté facilement la consultation, ils lui on pas dit qu'ils vont la prendre à l'hôpital, elle ne s'avait pas sinon elle n'aurait pas accepté de venir.

Selon la mère, la prise de traitement se fait par elle-même, elle n'accepte pas que quelqu'un touche a ses médicaments, car elle na pas confiance. Nous vivons cette maladie avec des difficultés intenses et même insupportables, mais on est obligés de supporter en plus on a l'habitude de vivre ainsi.

Selon la petite sœur l'accompagnement de Saliha pour ces consultations se faisait soit par elle-même ou bien par la mère et parfois par leur voisin. Sa sœur a fait beaucoup de rechute ce qui a entraîné son hospitalisation à plusieurs reprises, qui a eu lieu à Jijel, Alger, Aine Aabassa, et maintenant à Bejaïa.

Selon La mère les rechutes de sa fille sont parfois causées par des arrêts thérapeutiques et d'autres son due même avec la prise du traitement.

Pour les visites selon La petite sœur : ils n'ont pu venir qu'une ou deux fois durant son hospitalisation à Bejaïa à cause de la distance qui est entre Jijel et Bejaïa, comme ils n'avaient pas des moyens pour se déplacer plus souvent.

Selon La mère, le moment de la visite se déroule très bien vu le manque qu'elles ressentent l'une pour l'autre. Et pour La petite sœur : cela se déroule très bien en plus elle a l'impression qu'elles sont plus proches que d'habitude c'est spéciale car cela les rassemblent toutes les trois.

En ce qui concerne la maladie de schizophrénie, et selon la mère elle dit qu'elle ne sait pas trop, par quoi cette maladie se caractérise ou bien d'où elle vient. « *Mana3raf had el mard min jay* »

La petite sœur sait que cette maladie est incurable. D'après la mère avec le rôle qu'elle joue envers sa fille dans ces moments de délire et ses moments d'instabilité et de veiller à ce qu'elle ne manque pas de quelque chose, elle va lui offrir une bonne atmosphère pour qu'elle se sente en sécurité, même si sa maladie l'empêche de voir tout le bien qu'on met à sa disposition, mais au moins autant que sa mère elle ne va pas se dire un jour qu'elle l'a abandonnée, tout de même Saliha quand elle sera guérie elle se rappellera de tout ce que sa mère a pu faire pour la satisfaire.

### **3.3.2 Analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné à la famille :**

On a pu faire l'entretien avec la mère et la sœur de Saliha, elles ont répondu aux questions, elles apportaient que le début de la maladie de Saliha remontait à un jeune âge, la patiente faisait plusieurs rechutes parce qu'elle arrêtait son traitement au point qu'elle était très agressive, sa famille est dépassée, avoir trois malades en psychiatrie n'est pas facile à gérer, ils ne peuvent pas lui assurer une bonne prise en charge.

### **3.4 Synthèse des données de l'analyse du cas Saliha :**

Saliha est malade depuis son jeune âge, son trouble se caractérise par un délire de persécution, et d'ensorcellement, accompagné d'hallucinations auditives et de troubles de comportement, agressivité, vue le dossier et l'entretien avec la famille elle a eu plusieurs hospitalisations dans des lieux différents ce qui fait qu'elle faisait beaucoup de rechutes qui sont dues à des arrêts thérapeutiques.

La patiente est à nouveau eu une rechute dans sa maladie, la famille faisait des efforts mais pas suffisamment, le traitement de la maladie exige d'être à jours ainsi que dans la prise en charge, et la famille de Saliha est incapable d'assurer son rôle, il y a une défaillance vue le poids lourd et la charge sur la dynamique familiale, le père, la sœur et Saliha, ce n'est pas facile d'avoir trois membres souffrants et traités en psychiatrie.

Vue les rechutes successives de mademoiselle Saliha, l'âge de sa mère et la maladie psychiatrique père, on a remarqué que la prise en charge est de celle-ci est démissionnaire.

#### **4- Présentation et analyse des résultats du cas Mourad :**

##### **4.1 Présentation du cas Mourad :**

Il s'agit de monsieur Mourad âgé de 43 ans, célibataire, travaillait comme pâtissier, admis pour la première fois au milieu psychiatrique à l'âge de 40 ans pour tentative d'ingestion médicamenteuse à savoir de la « digoxine », pour fuir des hallucinations acoustioverbales : des voix qui lui disent que des personnes lui veulent du mal et veulent le tuer, selon le frère c'est la première fois qu'il lui arrive de se comporter ainsi, on retrouve une activité délirante de persécution, dans les antécédents du patient, au début des troubles suite à une altération avec un camarade à lui, il l'a poignardé, ce qui lui a valu une incarcération de quatre mois. Actuellement, il rapporte qu'il entend les cries de la famille de la personne qu'il a poignardé, et cela l'agite beaucoup.

Ses psychiatres traitants l'ont mis sous traitement injectable pour trois jours puis il commençait à se stabiliser. En septembre 2012, monsieur Mourad est examiné ce jour suite à une tentative de suicide, ramené par la police, il était délirant (persécution à l'encontre des patients), halluciné, interprétatif. Le patient est dégoûté de sa maladie, il apporte que « sa belle sœur lui a mis une puce dans la tête pour le contrôler et le mener en prison pour se débarrasser de lui et garder l'appartement pour elle. Par ailleurs, elle aurait mis un portable dans les toilettes pour le surveiller ». Il est toujours anxieux et persécuté ayant peur qu'on lui fasse du mal. Patient stable sur le plan psychomoteur, le contact s'établit facilement, verbalise en délire d'ensorcellement et il a des hallucinations visuelles : « *je vois SIHAM, je suis marié avec elle, elle m'a demandé le divorce* ». (« *ttwaligh SIHAM, zewjagh yides, thenna-iyi-d anemsevru* »).

Il est toujours délirant et il a une modification corporelle suite à l'électrochoc. Quelques jours après on remarque un bon contact disant que c'est le traitement qui lui a provoqué le problème, après deux jours il redevient anxieux,

sentiment de dépersonnalisation (changement corporel disant qu'il est hospitalisé).

Le patient est a sept semaines d'hospitalisation, stable sur le plan comportemental, a fais une seule crise d'agitation par semaine, qui a nécessité un traitement injectable, ce jour on note une nette amélioration, retrouve de l'humeur, dissociation totale, des troubles perceptifs, il reconnaît la nécessité de la prise du traitement au long cours.

Au mois de novembre 2012, sujet revenu de permission il avait des troubles du comportement à domicile, bonnes fonctions instinctuelles, absence d'accès hallucinatoire.

Dans le même mois, réadmis ce jour pour refus thérapeutique, se fais vomir, agressivité en milieu familiale avec insomnie au petit matin, pas d'idées suicidaires verbalisées ce jour. Le lendemain il était calme sur le plan comportemental et ne s'explique pas. Le patient critique ses troubles du comportement il s'est mis à rechercher chez son frère l'appareil qui lui donnait du bruit dans sa tête. Le : après deux jours, il devient très anxieux, instable, pendant la visite le contact était possible, il était triste, les yeux larmoient, il rapporte qu'il est triste parce qu'il s'est rappelé que sa mère est malade, handicapée (il rapporte cela avec larme). On lui a donné la permission de retrouver sa mère à la maison. Au mois de décembre, la permission s'est bien déroulée (selon son père) : et après quelques jours de cela le patient admis au soma, insomnie totale jusqu'à l'aube avec dénébulation nocturne devenu menaçant et agressif envers les autres membres de la famille.

Au mois de décembre le patient ramené par son frère et admis pour rechute psychotique. Patient était pour vingt jours d'hospitalisations à Oued Aissi.

## **4.2 Présentation et analyse des données recueillies des guides d'entretien :**

### **4.2.1 Présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient :**

D'après le patient ; il savait qu'il était malade, mais il ne se souvient pas comment cela s'est arrivé, il ne se sentait pas bien, il avait mal au cœur quand il a vu son état ; mais maintenant il se sent très bien à l'hôpital. Sa famille s'inquiète et ses parents étaient effrayés, ils avaient peur, surtout son père et son frère Jamal et Habib son cousin ; après ils l'ont directement ramené à l'hôpital vue son état. Il rapporte que : « *vava tejreh tassas felli meskin* ».

Maintenant, il dit qu'il se sent très bien « AL HAMDYOU LI-ALLAH » ; son frère est fier de lui : mais son père en souffre de lui.

« *thoura houssegh iymaniw bien lhamdou lillah ; gma yefreh yissi mlih, ma yella d vava thassas thejreh felli meskin* ».

Il voit que l'aide est une bonne chose, les membres de sa famille font très attention à lui, ils aident beaucoup, ils lui donnent à manger, lavent son linge, sa mère ALLAH YERHEMHA, lui donnait ces médicaments.

### **4.2.2 Analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient :**

Vue les réponses de monsieur Mourad on a constaté qu'il présente un délire mystique lorsqu'il a annoncé qu'il est « khalifat Omar ben el Khatab ». Son discours n'était pas vraiment claire il parlait a haute vois, Il était instable et bougeait trop lors de l'entretien il demandait d'aller faire la prière. Cependant il parlais de ca famille en disant que celle-ci s'inquiétait pour lui ; et vu la manière dont il parlait de sa famille il nous montre un grand attachement en vers cette dernière. De même il pleurait en se rappelons de la prise en charge reçue de sa mère décédée ; et de son père malade.

### **4.3 Présentation et analyse des données du guide d'entretien destiné à la famille :**

#### **4.3.1 Présentation des données recueillie du guide d'entretien destiné à la famille :**

Selon le frère, le début de la maladie de monsieur M.R remontait à l'âge des vingtaines, ca a commencé par « *lewaswas, itchakath koulache* » il disait « *iwachou ydikhedzar wayi ?, t3assan iyi ikel, bghan ayngan tasseman felli...etc.* », depuis la maladie s'est aggravée, il a fini par quitté son travail. On lui a ramené pour des thérapies traditionnelles pour plusieurs années sans aucune amélioration. Il consultait chez le psychiatre est resté stable pendant un moment donnée jusqu'à 2012, son états s'aggravé de plus en plus.

Au début ils n'ont eu des difficultés pour l'emmener chez le médecin, mais les dernières années il n'acceptait pas facilement la consultation. La prise de traitement se fait par le patient lui-même il n'a accepte pas que son frère lui donne le traitement.

C'est très difficile de vivre avec son frère, pour lui c'est dure de voire son frère malade surtout qu'il est presque délirant touts les jours et son délire et centré sur les membres de la famille, sur l'épouse du frère de monsieur Mourad, elle a tout le temps eu peur de son beau-frère.

D'après le frère les premières années il ne faisait pas de rechute thérapeutique, mais depuis 2012 il rechutait souvent même si il n'arrêtait pas le traitement, il est résistant selon les médecins.

Il lui rendait pas visite fréquemment parce qu'il est toujours occupé par le travail, mais si on l'appelait du service il venait.les moment de la visite se déroule bien des fois il demande de rentrer à la maison, il promet de rester calme et qu'il ne va pas causer problème.

On ce qui concerne les connaissances sur la maladie, c'est maintenant qu'ils s'avaient que c'est une maladie chronique; qu'il lui faut un traitement à vie c'est pour cela qu'ils on arrêté les thérapies traditionnelles. Leur rôle tant que famille est de vieller sur lui, d'accepter son comportement et de le prendre en consultation.

#### **4.3.2 Analyse des données recueillies du guide d'entretien destiné à la famille :**

La maladie de monsieur Mourad remonte à un jeune âge, la famille a mis du temps pour s'adresser à la consultation psychiatrique se qui n'a pas provoquer un bon développement et un pronostique de la maladie, même si la famille a reconnus les caractéristiques pathologique des symptômes. Cependant la prise du traitement médicamenteux qui se fait par le patient lui-même et cela ne permet pas d'évaluer exactement la cause des rechutes du patient ; car ce dernier pouvait prendre son traitement d'une manière anarchique d'après le parent. Sa famille pour le moment est incapable d'assurer sont rôle et la position défensive du frère qui a eu peur pour sa petite famille.

#### **4.4 Synthèse des données de l'analyse du cas Mourad :**

Monsieur Mourad est malade depuis un jeune âge, il rapporte toujours des délires que se soi ceux de persécution, mystique, d'ensorcèlement, contre sa famille, des hallucinations et des agitations. Il a eu un fléchissement professionnelle après l'instabilité et la gravité de sa maladie, d'après le dossier on a pu remarquer 13 hospitalisation depuis l'année 2012 sans oublier les autres celles qui sont à Oued Aissi, d'après les médecins c'est un malade résistant.

Vus le temps perdus dans les thérapies traditionnelles, et le retard pour la consultation psychiatrique se qui n'est pas en faveur d'un bon développement et pronostique le la maladie de monsieur Mourad, ainsi que la prise du traitement

qui se fait par le patient lui-même nous met à évaluer que peut être ses rechutes successives sont dû à une prise anarchique du traitement.

On note aussi la dégradation du cas de ce patient ces dernières années ou il demeure tout le temps délirant et centré essentiellement sur la famille ce qui rend la famille pour le moment incapable d'assurer son rôle dans la prise en charge et même par fois défiante vue le poids lourd de la maladie sur la dynamique familiale et l'âge du papa, et la position défensive du frère pour le moment.

### **Discussion générale des hypothèses :**

Dans notre travail de recherche fondé sur le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient schizophrène avant d'entamer la partie pratique, nous avons parlé sur la « schizophrénie » et « la famille du schizophrène », mais après notre investigation pratique à propos des quatre cas cliniques, nous avons constaté une remarque importante, qui n'est pas évoquée dans la partie théorique ; cette remarque est « qu'une personne souffrante de schizophrénie est très difficile à prendre en charge par la famille ». Cette constatation nous l'avons trouvée pendant notre période de stage.

#### **1- Discussion de l'hypothèse principale :**

**- Le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie paranoïde est important.**

Donc à la lumière de ce qui est prédit, l'analyse de notre hypothèse générale se confirme et s'interroge davantage dans le fond, puisque nous avons déjà parlé de la difficulté des familles dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie paranoïde. Autrement dit, une question s'impose sur le rôle de la famille et sa détermination ; la question qui sera probablement posée est la suivante : quelle est le rôle de la famille ? Donc on peut dire que la famille joue son rôle envers son patient atteint de schizophrénie de forme paranoïde, si cela va durer en sachant que la schizophrénie paranoïde est une maladie psychiatrique chronique et qui a besoin d'une sécurité morale, psychologique et surtout affective ; sans négliger bien sûr les besoins prépondérants de la famille.

## **2- Discussion des hypothèses opérationnelles :**

**-La famille d'une personne atteinte de schizophrénie paranoïde est démissionnaire.**

**-La famille d'une personne atteinte de schizophrénie paranoïde est portante.**

En ce qui concerne les hypothèses opérationnelles, la première parle d'une famille démissionnaire pour la prise en charge du patient souffrant de schizophrénie paranoïde, nous pouvons confirmer son instauration puisqu'il est avéré que les familles des trois patients que nous avons interrogés sont démissionnaires à trois cas sur quatre, à savoir que la famille de mademoiselle Saliha s'en charge de deux membres schizophrènes dont le troisième est décédé, lorsqu'on a fait l'entretien avec la mère on a constaté qu'il y avait une bonne prise en charge au début, mais avec le temps et avec les rechutes de ses membres psychotiques que cette famille vit à chaque fois, fait preuve du dégoût et de la fatigue à savoir que la patiente s'est fait hospitaliser par sa mère et sa petite sœur, elle reçoit peu de visites durant la période d'hospitalisation de celle-ci ;aussi au moment de la sortie ses parents ont demandé une prolongation du séjour d'hospitalisation de leur fille ce qui montre sa démission dans la prise en charge; la famille de monsieur Mourad est démissionnaire vu ses 13 hospitalisations, le père âgé et la mère décédée. Et la troisième qui est la famille de monsieur Kamel dont le père qui le prenait en charge est décédé et la mère âgée et souffrante d'une AVC, c'est un patient qui était hospitalisé à 27 reprises, mais la deuxième hypothèse opérationnelle, qui parle de la famille porteuse pour la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie paranoïde tandis que seulement une famille est avérée portante à un cas sur quatre, qui s'agit de la famille de monsieur Aimad qui est un enfant très gâté et bien entendu le benjamin de la famille.

A ce stade d'analyse, nous devons signaler que notre présence en pratique comme un tiers dans le cadre d'hospitalisation des patients on a mené des entretiens avec les patients et leurs familles, on faisant référence aux dossiers médicaux, aux psychiatres traitants, et l'observation durant les visites ; on a constaté que la plus part des familles n'ont pas d'informations ni des connaissances suffisantes sur la maladie de leur fille/fils, ce qui explique leurs besoins d'un soutien psychologique.

## **Conclusion**

---

### **Conclusion générale :**

Dans cette étude portant sur le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant de Schizophrénie, nous nous sommes intéressés à la famille ainsi qu'à la prise en charge de la personne souffrante de schizophrénie, ensuite nous avons analysé les quatre cas cliniques, hospitalisés au sein du service de psychiatrie de Bejaia. Nous pouvons retenir en périphe de cette petite expérience, que le travail avec eux nécessite tant de réflexion et beaucoup de raisonnement avec une certaine finesse et tant de justesse dans l'analyse concernant cette pathologie.

A ce propos, et au terme de cette pratique ainsi à l'appui des résultats obtenus, et en faisons référence à la théorie, on a pu confirmer notre hypothèse principale, que le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient souffrant Schizophrénie paranoïde est déterminant dans notre société.

En outre, l'analyse que nous avons effectuée, nous montre que la prise en charge du schizophrène se diffère d'un cas à un autre et d'une famille à une autre. A cet égard, les résultats de l'analyse des hypothèses opérationnelles citées ci-dessous qui ont véhiculé notre recherche :

- La famille d'une personne atteinte de schizophrénie paranoïde est portante, dont ce cas on trouve monsieur Aimad qui dispose d'une famille très portante et cela s'explique par son jeune âge (24 ans) et bien entendu du type de la maladie qui nécessite un traitement médicamenteux à long terme ainsi qu'au soutien psychologique. La seconde hypothèse qui parle sur « la famille d'une personne atteinte aussi de Schizophrénie paranoïde est démissionnaire » ce que nous avons pu confirmer à partir des trois autres cas qui s'agissaient du cas de Kamel, de Mourad et de Saliha ; à savoir que l'analyse de monsieur Kamel et de MR sont tout de même similaires, car tout les deux ont un parent décédé et l'autre malade est âgé, ce qui explique la démission des deux familles dans la

## **Conclusion**

---

prise en charge; et à compter le troisième cas qui s'agit bien de la demoiselle Saliha; son père et sa sœur cadette sont traités en psychiatrie pour la même maladie, et la mère qui accentue sur sa maladie en lui rajoutant du dégoût et de la fatigue de prise en charge de ces derniers vu son âge avancé.

Pour conclure, nous proposons à la fin de ce modeste travail, de construire des institutions psycho éducatives de la schizophrénie et des maladies mentales chroniques en générale. Au terme de cette expérience, il est devenu nécessaire de soutenir et de favoriser l'autonomisme en permettant aux malades d'accroître leurs capacités de vivre en harmonie dans la société, de travailler et d'entrer en relation avec les autres.

Nous nous demandons si nos suggestions ci-dessus amèneront-elle à des résultats positifs et satisfaisants ; c'est-à-dire que les familles des personnes atteintes de schizophrénie porteront sur une bonne prise en charge ?

# *Références bibliographiques*

### Références bibliographique

1. Albernhe Karine Et Albernhe Thierry, « *Les thérapies familiales systémiques* », Belgique, MASSON, 2<sup>ème</sup> édition, 2004.
2. Azoulay.C, C.Chabert, « *Processus de la schizophrénie* », Paris, DUNOD, 2005.
3. Benony .H, Chahraoui .K, « *L`entretien clinique* », Paris, Dunod, 1999.
4. Boutefnouchet Mustapha, « *La famille algérienne : évolution et caractéristique récente* », Alger, 2eme édition, 1980.
5. Chahraoui. K, Et Benony. H, « *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique* », Paris, Dunod, 2003.
6. Dalery. J Et D'amato. T, « *La schizophrénie* », Paris, MASSON, 2<sup>ème</sup> édition, 2009.
7. Debray Quentin Et Daniel Nollet, « *Les personnalités pathologiques : approche cognitive et thérapeutique*», Paris, MASSON, 3<sup>ème</sup> édition, 2001.
8. Freud Sigmund (1915-1916, 1916-1917), « *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* », Québec, édition MACINTOSH, 2001.
9. Guy Besancon (1993), « *Manuel de psychopathologie* », Paris, DUNOD, 2005.
- 10.Hanus Michel, « *Psychiatrie intégrée de l`étudiant* », Paris, LIBRAIRIE MALOINE, 5<sup>e</sup> édition, 1981.
- 11.Henry Ey, P. Bernard Et Ch. Brisset, « *Manuel de psychiatrie* », Paris, MASSON, 6<sup>ème</sup> édition, 1989.
- 12.Jacques Grand Maison (1993), « *Les différents types de familles et leurs enjeux* », Québec, Édition Fades, 2004.
- 13.Kacha Farid, « *les thérapeutiques psychologiques* », Alger, collection S.A.P, 2003.

## Références bibliographique

---

14. Kapsambelis Vassilis, « *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* », Paris, PUF, 1<sup>re</sup> édition, 2012.
15. L'UNAFAM, « *Comment vivre avec un malade psychique* », Paris, Ed Josette, 2006.
16. Landry Blas Louise, « *L'approche systémique en santé mentale* », Québec, Les Presses de l'Université de Montréal, 2<sup>e</sup> édition, 2011.
17. Maisondieu Jean et Leon Metayer, « *Les thérapies familiales* », Paris, PUF, 4<sup>e</sup> édition, 2001.
18. Pewzner Évelyne, « *Introduction à la psychopathologie de l'adulte* », Paris, ARMAND COLIN, 2<sup>e</sup> édition, 2003.
19. Rigo Van Maer, « *Vivre avec la schizophrénie* », France, Ed. Frison Roche, 1997.
20. Salem Gérard, « *L'approche thérapeutique de la famille* », Paris, MASSON, 4<sup>e</sup> édition, 2005.

### Liste des dictionnaires :

21. DSM IV : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles du comportement* (traduction française), 2005.
22. Dictionnaire de psychologie (LAROUSSE), 2004.
23. Dictionnaire de Sociologie, (LAROUSSE), 2005.
24. Henriette .B, Rollond .CH, et all, « *Grand dictionnaire de psychologie* », Québec, LAROUSSE, 2000.
25. Le grand dictionnaire de la psychologie, LAROUSSE, 2011.
26. Norbert SILLAMY, « *Dictionnaire encyclopédique de psychologie* ».

## Références bibliographique

---

### Liste de revue :

Lydia FERNANDEZ Et Jean Louis PIDINIELLI, « *La recherche en psychologie clinique* », Recherche en soins infirmiers, 2006/1N 84.

### Site électronique :

<http://recherchesantementale.qc.ca/chaire-sur-la-schizophrenie-10-ans-de-recherche-inspirantes/> consulté le : 20/04/2015 à 23H40.

# *Annexes*

## **ANNEXE 01 :**

### **Guide d`entretien destiné au patient souffrant de schizophrénie :**

#### **Axe 01 : Information sur la maladie psychiatrique :**

-Comment vous avez appris votre maladie ?

-Comment vous avez réagit la première fois a votre maladie ?

#### **Axe 02 : Information sur la prise en charge familiale :**

-Comment votre famille a réagit a votre maladie ?

-Comment il est votre état de maladie ; et comment est-il vu par votre famille?

-Que pensez-vous de l`aide fournie par votre famille ; et comment vous voyer votre famille a partir de cela?

## **ANNEXE 02 :**

### **Guide d`entretien destiné aux familles de schizophrène :**

#### **Axe 01 : Informations sur la maladie psychiatrique :**

-Elle remonte a quand le début de la maladie de votre fille/fils?

-Comment vous avez reconnus le caractère pathologique des symptômes présentés?

#### **Axe 02 : Informations sur la consultation :**

-Pour consultation vous l`avez prit à ;

1. Une thérapie traditionnelle.
2. Consultation générale ou psychiatrique.

Si c`est d`abord par la réponse « 1 » pour combien de temps ?

-Est-ce que votre fille/fils a accepté de consulter facilement ?

-La prise de traitement se fait par ;

1. Le patient lui-même
2. Un membre de la famille

#### **Axe 03 : Coté relationnel et familial :**

-Comment vous vivez la maladie de votre fille/fils ?

-Est-ce-qu`il ya quelqu`un qui l`accompagne pour ses rendez-vous de consultation?

#### **Axe 04 : Information sur la rechute :**

-Est-ce-que votre fille/fils faisait beaucoup de rechutes?

-Ces rechutes sont elles due à des arrêts thérapeutiques ou d`autres choses?

**Axe 05: Informations sur la prise en charge familiale durant l'hospitalisation :**

-Est-ce que vous lui rendez visite fréquemment ?

-Le moment de la visite se déroule, comment ?

**Axe 06 : Informations sur les connaissances de la famille :**

-Est-ce que vous avez des connaissances sur la maladie de votre fille/fils « la schizophrénie » ?